

## Fragebogen zur Abklärung eines COVID-19-Verdachts

Ihr Name/Vorname (in Druckbuchstaben) \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie in den vergangenen Tagen eines der folgenden Symptome?**

Geschmacks- und/oder Geruchsverlust

ja, seit \_\_\_\_\_

nein

Fieber über 38° Celsius

ja, seit \_\_\_\_\_

nein

Anhaltenden Husten oder Atemnot

ja, seit \_\_\_\_\_

nein

Schnupfen oder Halsschmerzen

ja, seit \_\_\_\_\_

nein

Abgeschlagenheit, Kopf- oder Gliederschmerzen

ja, seit \_\_\_\_\_

nein

Durchfall

ja, seit \_\_\_\_\_

nein

Haben Sie sich auf COVID-19 testen lassen?

ja, am \_\_\_\_\_ Das Ergebnis war  positiv  negativ  liegt noch nicht vor

nein

Haben oder hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage wissentlich Kontakt mit infizierten Personen?

ja, am \_\_\_\_\_

nein

**Hinweis:**

Zur Eindämmung der Corona-Pandemie und zum Schutz sowohl von Beschäftigten als auch Patienten und Besuchern des Bezirkskrankenhauses Straubing ist das Erheben und Verwenden gesundheitlicher Daten von Besuchern datenschutzkonform, soweit die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit gewahrt sind. Bei Besuchern und Gästen dürfen personenbezogene Daten verwendet werden, um festzustellen, ob diese infiziert sind oder in Kontakt mit infizierten Personen standen oder sich in einem Risikogebiet aufhielten (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) sowie Art. 9 Abs. 2 lit. i) DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c) BDSG).

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Dokument 0021	Version 1 vom 4.01.2021	Bearbeiter QM	Geprüft MRVL/ KD	Freigabe am 4.01.2021	Freigabe durch MRVL	Seite 1 von 1
------------------	----------------------------	------------------	---------------------	--------------------------	------------------------	---------------