



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

ja, am _____

nein

Haben Sie sich auf COVID-19 testen lassen?

ja, am _____

Das Ergebnis war positiv negativ liegt noch nicht vor

nein

Sind Sie gegen COVID 19 geimpft?

ja

nein

Sind Sie von COVID 19 genesen?

ja

nein

Ich versichere die Richtigkeit aller Angaben. Mir ist bewusst, dass ich mich bei falschen Angaben nach §74 IfSG strafbar mache.

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: _____