

Auskunftsbogen Sichtungsstelle Patienten und Besucher



Ort / Datum /	Zeit:	
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse (Straße, PLZ Ort)		
Telefonnummer / Mobil		
Was ist der Grund Ihres Besuches hier? <input type="radio"/> Termin <input type="radio"/> Beschwerden <input type="radio"/> Besuch		
Namen des Patienten , der besucht wird:		
	Ja	Nein
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten COVID-Fall oder einem Verdachtsfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind / waren Sie an Covid-19 erkrankt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es in Ihrer Umgebung vermehrt Lungenentzündungen oder Atemwegsinfekte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Beschwerden wie		
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
und /oder Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verlust beim Geruchs- und/oder Geschmackssinn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben. Unterschrift des Patienten/Besuchers:		
Bemerkungen:		

V 3 Stand 08-06-2020 AG-Pandemie **freigegeben**

Eine Datenerhebung durch die zuständigen Behörden im Rahmen der Bekämpfung von SARS-CoV-2 ist von der DSGVO grundsätzlich erlaubt (Art. 6 Abs. 1 lit. d DSGVO, Erwägungsgrund 46) in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO (Verarbeitung von Gesundheitsdaten). Diese Daten werden nach drei Wochen vernichtet.