


Datum:

Patientenregistrierung / Abklärung SARS-CoV-2

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Telefon	
Adresse:	Straße:		PLZ/Ort:
Fragen zur Einschätzung des Infektionsrisikos:			
<ul style="list-style-type: none"> Leiden Sie unter akuten Atemwegsbeschwerden oder Allgemeinsymptomen [Fieber, Abgeschlagenheit, o.ä.] 			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wesentlich Kontakt mit einer Person mit positivem Nachweis des Corona Virus (SARS-CoV-2)? 			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich halte mich während meines Aufenthaltes an folgende Regeln: Tragen einer FFP 2 Maske, Desinfektion meiner Hände, Anweisungen des Personals Folge leisten, Husten/Nasenetikette und Abstand einhalten.			
Unterschrift /Patient: 			
Datenschutzhinweis: In Zusammenhang mit dem Virus-CoV2 ist es unumgänglich, personenbezogene Daten von Dritten, zum Beispiel von Besuchern und Lieferanten des Franziskus-Hospitals, zu verarbeiten. Zum Schutz der Gesundheit und zur Eindämmung der weiteren Verbreitung können aus datenschutzrechtlicher Sicht Maßnahmen getroffen werden, die diesem Zweck dienen und verhältnismäßig sind. Die zum Infektionsschutz erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten werden nach 4 Wochen gelöscht.			
<input type="checkbox"/> Ext. Corona-Antigentest liegt vor <input type="checkbox"/> Gültiger PCR Test liegt vor <input type="checkbox"/> Nachweis durchgemachter Infektion liegt mind. 28 Tage zurück/bis höchst. 3 Monate <input type="checkbox"/> Impfausweis liegt vor (vollst. Wirksamkeit n.14 Tagen)	<input type="checkbox"/> Corona Antigentest im SFH vorgenommen <i>[Kopie zur Kontrollstelle/Scan]</i> <i>Stempel Corona Test</i>		
Datum/Uhrzeit/ Unterschrift Eingangskontrolle		Unterschrift Teststelle	