

Fragenbogen: Besucherausweis während der Corona-Pandemie

(BITTE LESERLICH IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN UND UNTERSCHREIBEN!)

Ich bin...	<input type="radio"/> Patient/in <input type="radio"/> Begleitperson <input type="radio"/> Besucher <input type="radio"/> Sorgeberechtigte/r <input type="radio"/> Sonstige _____
...begleite / besuche Patient/in	(Vor- und Nachname Patient/in)
Vor- & Nachname Besucher/in	(Vor- und Nachname Besucher/in)
Privatanschrift	
Telefon	
Sonstige Kontaktdaten	(z.B. Unternehmen)
Fachabteilung	<input type="radio"/> Innere Medizin, Gastroenterologie, Diabetologie, Hepatologie <input type="radio"/> Allgemein-, Viszeral-, Minimal-invasive Chirurgie <input type="radio"/> Unfallchirurgie, Orthopädie, Sportmedizin <input type="radio"/> Frauenklinik und Geburtshilfe <input type="radio"/> Geriatrische Innere Medizin und Rheumatologie <input type="radio"/> Radiologie <input type="radio"/> Anästhesie <input type="radio"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie <input type="radio"/> Wirbelsäulenchirurgie
Station	<input type="radio"/> Vinzenz <input type="radio"/> Lioba <input type="radio"/> Kreißsaal <input type="radio"/> Rosalie <input type="radio"/> Louise <input type="radio"/> Tageschirurgie <input type="radio"/> Bonifatius <input type="radio"/> Intensiv <input type="radio"/> Notaufnahme <input type="radio"/> Katharina <input type="radio"/> Elisabeth <input type="radio"/> Cafeteria <input type="radio"/> Marguerite <input type="radio"/> Franziskus <input type="radio"/> <input type="radio"/> Chirurgische Information & Beratung <input type="radio"/> Geriatrische Tagesklinik <input type="radio"/> Ambulanz Frauenklinik
Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="radio"/> Station B <input type="radio"/> Station C <input type="radio"/> Station D <input type="radio"/> Tagesklinik Fulda <input type="radio"/> Institutsambulanz Fulda <input type="radio"/> Tagesklinik Bad Hersfeld <input type="radio"/> Institutsambulanz Bad Hersfeld

HJK-FI-Verw-0062 REV05



	JA	NEIN
▪ Bestand bei Ihnen eine COVID-19 Erkrankung?		
▪ Haben Sie in den letzten 14 Tagen eines der Risikogebiete gemäß der Liste des Robert-Koch-Instituts besucht? (www.rki.de)		
▪ Haben Sie Fieber, Husten, Atemnot, Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn, Durchfall, Halsschmerzen?		
▪ Haben Sie Kontakt zu einer Person mit ansteckender Krankheit z.B. COVID-19-Infektion, Grippe, Magen-Darm-Infekt?		
▪ Vollständig geimpft? ⇒ Impfnachweis		
▪ Genesen nach Corona-Infektion? ⇒ Genesenen-Nachweis		
▪ Getestet? ⇒ Antigen-Schnelltest eines anerkannten Impfzentrums nicht älter als 24 Stunden (www.corona-test-hessen.de)		
Bitte führen Sie die notwendigen Nachweise mit sich sowie ein gültiges Ausweisdokument zum Abgleich der Personaldaten.		
Es steht Ihnen frei, Angaben oder die Unterzeichnung dieses Formulars zu verweigern. In diesem Fall behalten wir uns vor, von unserem Hausrecht Gebrauch zu machen und Ihnen den Zutritt zur Klinik zu verweigern.		

Hinweis zur ärztlichen Versorgung bei gesundheitlichen Beschwerden:

Sofern Sie gesundheitliche Beschwerden haben weist das Krankenhaus Sie darauf hin, einen Arzt zur medizinischen Abklärung und gegebenenfalls zur adäquaten ärztlichen Betreuung sowie weiteren medizinischen Versorgung aufzusuchen. Über die weitere medizinische Versorgung z.B. Notfallversorgung oder Aufnahme in das Krankenhaus zur stationären Behandlung und über die Art der Behandlung entscheidet der zuständige Arzt.

Einhalten von Hygieneregeln:

Die Abstandsregel, mindestens 1,5 m zur nächsten Person, korrektes Tragen von Mund-Nasen-Schutz, Händehygiene sind im Krankenhaus zu beachten und einzuhalten. Vor dem Haupteingang des Krankenhauses sind diese Vorgaben dargestellt.

Informationen zu Datenverarbeitung und Datenschutz gem. § 15 KDR-OG:

Mit Angabe ihrer Daten an die Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda gGmbH erklären Sie Ihre Zustimmung für eine mögliche Risikoeinschätzung im Rahmen der Corona-Krise. Darüber hinaus erklären Sie sich mit der Speicherung der Daten einverstanden und damit, dass diese bei Bekanntwerden eines COVID-19-Falles zur Kontaktaufnahme verwendet und im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben übermittelt werden dürfen (Gesundheitsbehörde). Die Daten werden zur Nachverfolgbarkeit von Kontakten für einen Zeitraum von einem Monat ab Besuch vorgehalten und anschließend bei uns gelöscht. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung und ihren Betroffenenrechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite unter www.herz-jesu-krankenhaus.de oder dem Aushang im Foyer (Zweiter Verordnung zur Bekämpfung des Corona-Virus der Hessischen Landesregierung (Stand: 06. Juli 2020) §1 Abs. 3c, die Bestimmungen der Art. 13, 15, 18 und 20 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) vom 27. April 2016 (ABl. EU Nr. L 119 S. 1, Nr. L 314 S. 72, 2018 Nr. L 127 S. 2) **zur Informationspflicht und zum Recht auf Auskunft zu personenbezogenen Daten finden keine Anwendung**).

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht und nichts verschwiegen habe. Weiterhin versichere ich, dass mir die geltenden Hygieneregeln bekannt sind und von mir eingehalten werden.

Fulda, _____
Datum

Unterschrift

- ⇒ Wir sind verpflichtet, alle Besuche/r zu registrieren.
Wir bitten daher um Verständnis, dass wir Sie bei jedem Besuch erneut fragen müssen.
- ⇒ Bitte geben Sie Fragebogen unaufgefordert und vollständig ausgefüllt direkt am Klinikempfang oder bei einem Mitarbeiter der entsprechenden Abteilung ab.

Vielen Dank!
Ihr Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda