

Gesundheitsfragebogen für Besucher

Dieser Gesundheitsfragebogen muss von allen Besuchern (ein Formular pro Person) ausgefüllt und unterschrieben werden. Bitte geben Sie ihn unmittelbar beim Verlassen der Einrichtung mit Endzeitpunkt des Besuches an der Rezeption oder werfen Sie es in den dafür vorgesehen Behälter.

Kontaktdaten des Besuchers

Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort		
Telefon		Mobilfunk	
Email			
Name der besuchten Person			
Name der Einrichtung:			
Besuchszeit → Datum:		von	Uhr bis Uhr

Bitte helfen Sie uns, die Gesundheit und Sicherheit aller Bewohner und Mitarbeiter hier im Haus sicherzustellen, und beantworten Sie dazu wahrheitsgemäß folgende Fragen:

- Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt zu Personen, bei denen Verdacht auf Infizierung mit dem Corona-Virus besteht oder der Corona-Virus diagnostiziert wurde?
 JA **NEIN**

- Haben/Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen Fieber ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$) oder Symptome wie Husten und/oder Atembeschwerden bzw. eingeschränkte Leistungsfähigkeit?
 JA **NEIN** **aktuelle Temperatur _____ °C**

Alle Personen, die eine dieser Fragen mit Ja beantwortet oder eine aktuell erhöhte Körpertemperatur $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ haben, dürfen die Einrichtung nicht betreten und ihre Angehörigen nicht besuchen! Bitte kommen Sie wieder, wenn Sie wieder gesund sind.

Dieser Fragebogen wird unter Umständen an die zuständigen öffentlichen Gesundheitsbehörden weitergegeben.

Datenschutzhinweis

Die Maßnahme erfolgt selbstverständlich unter Einhaltung des Datenschutzes.

Ihre personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen verwendet. Die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand werden zu folgenden Zwecken verarbeitet:

- Gewährleistung des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit sowie für Ihre notwendige medizinische Betreuung;
- zur Erfüllung von gesetzlichen Verpflichtungen, Vorschriften, nationalen und europäischen Gesetzen sowie aus Gründen, die sich aus den Anordnungen der Behörden hierzu kraft Gesetzes ergeben.

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben wahr und richtig sind und dass falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation und die medizinische Versorgung haben können. Falsche Angaben können außerdem zu haftungs- und strafrechtlichen Konsequenzen führen.

Ort

Datum

Unterschrift