

# COVID-19 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:

Aufgrund der aktuellen Verordnungen dürfen nur noch Personen mit einem negativen Testergebnis, die Einrichtung betreten. Was liegt bei ihnen vor?

- negativer Test vom Testzentrum                       negativer Selbsttest unter Aufsicht

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 \_\_\_\_\_  $^{\circ}\text{C}$

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!

Haben sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risiko- oder Hochinzidenzgebiet aufgehalten? Wenn ja wo, wann wie lange?

---

Alle Personen, die sich in einem Risikogebiet aufgehalten haben, bitten wir DRINGEND von dem Besuch in unseren Einrichtungen innerhalb von 14 Tagen nach Reiserückkehr abzusehen.

## Datenschutzhinweis

Die Maßnahme erfolgt selbstverständlich unter Einhaltung des Datenschutzes. Dieser Fragebogen wird unter Umständen an die zuständigen öffentlichen Gesundheitsbehörden weitergegeben.

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

1. Gewährleistung des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit sowie für Ihre notwendige medizinische Betreuung;
2. 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.

**Zudem bestätige ich, dass ich über einen negativen Corona Test, der den gesetzlichen Vorgaben entspricht, verfüge.**

Ort

Datum

Unterschrift