

Besucher*innen

Gesundheitsscreening

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte helfen Sie uns, die Gesundheit und Sicherheit aller Patient*innen und Mitarbeitenden im LVR-Klinikum Essen sicherzustellen. Ihre Informationen sind wichtige Hinweise, um die Wahrscheinlichkeit einer COVID-19-Infektion bei Ihnen durch das neue SARS-CoV-2 Virus abzuschätzen.

Hatten Sie in den letzten 5 Tagen Fieber (über 37,5 Grad)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie in den letzten 48 Stunden wissentlich Kontakt zu einer Person, bei der das Corona-Virus (COVID-19) nachgewiesen wurde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie in den letzten 10 Tagen in einem Hochrisiko- oder Virusvariantengebiet verreist? falls „Ja“, was war Ihr Reiseziel? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ein negatives Testergebnis (Antigen- oder PCR-Test, nicht älter als 24 Stunden) liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich wurde auf § 13 DSGVO hingewiesen und aufgeklärt. Nach der CoronaSchVo wird dieses Dokument vier Wochen aufbewahrt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum_____
Uhrzeit_____
Unterschrift / befragte Person

Sollten Sie innerhalb der nächsten 48 Stunden einen positiven SARS-CoV-2-Befund erhalten, melden Sie dies bitte umgehend an covidmeldung.essen@lvr.de