

**Selbstauskunft für Besucher*innen / externe Firmen / Gutachter*innen /
Richter*innen / Rechtsanwält*innen / gesetzl. Betreuer*innen**

Name, Vorname

Kontakt Daten (Adresse,
Telefonnummer, ggf. Firma)

Einsatzort/Patient*in

Beginn des Einsatzes/Besuchs
(Datum, Uhrzeit)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Schutz unserer Patientinnen und Patienten ist es wichtig, diese vor Infektionsübertragungen von außen zu schützen.

Deshalb bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten:

Sind folgende Symptome in den letzten 14 Tagen neu oder verstärkt aufgetreten?

Symptom	Ja	Nein
<i>Körpertemperatur über 38°C</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Trockener Husten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Luftnot/Kurzatmigkeit/Schnupfen/ Gliederschmerzen/Geschmacksverlust</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestand in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer mit dem neuartigen Corona-Virus infizierten Person oder einer Verdachtsperson?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie während des Besuchs/Einsatzes in der Klinik verpflichtet sind, **Ihre mitgebrachte Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen.**

Wir bitten Sie, sich an die Anweisungen des Personals vor Ort zu halten.

Ich bestätige, dass meine Angaben korrekt sind und ich mich streng an die Auflagen und Hygieneregeln halten werde:

Datum, Unterschrift

Die Daten werden gem. Coronaschutzverordnung erhoben.
Die Daten werden vertraulich behandelt und ausschließlich zweckgebunden verwendet. Nach Wegfall des jeweiligen Verarbeitungszwecks werden die erhobenen Daten unverzüglich vernichtet.

Stand: 18.05.2020

Auszufüllen durch die LVR-Klinik Düren:

Entscheidung über den Zugang zur Einrichtung	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Externe Person wurde auf Hygieneregeln und die Notwendigkeit einer Mund-Nasen-Bedeckung hingewiesen	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Screening wurde bei Patienten-Besuchern durchgeführt:	Ja	
	<input type="checkbox"/>	

Datum, Unterschrift, Name in Blockschrift, Funktion