

Kontaktformular für Besucher der St. Lukas Klinik

Zum Schutz Ihrer Gesundheit werden Sie gebeten, das vorliegende Formular auszufüllen. Ihre Angaben helfen den Gesundheitsbehörden, sich ggfs. mit Ihnen in Verbindung zu setzen. Bitte füllen Sie diesen Fragenbogen **vollständig** und **sorgfältig** aus. Ihre Angaben werden – nur im Falle einer COVID 19-Infektion in unserem Umfeld – an die zuständige Gesundheitsbehörde übermittelt und dort in Übereinstimmung mit den anwendbaren Gesetzen aufbewahrt und nur für Zwecke der öffentlichen Gesundheitsvorsorge verwendet. Wir unterliegen hierbei den Bestimmungen der Kirchlichen Datenschutzverordnungen (KDG und KDSGO). Ihre Daten werden nach der Erhebung für max. 4 Wochen aufbewahrt.

Sie sind: Arzt Besucher Lieferant Therapeut Patient
 Familienmitglied von (Name des / der Patient*in bzw. des / der Bewohner*in):

Sonstiges: _____

Datum des Kontakts: _____ Uhrzeit: von _____ bis _____

Ihr Nachname:

Nachname Begleitperson 1:

Ihr Vorname:

Vorname Begleitperson 1:

Ihre Telefonnummer:

Telefonnummer Begleitperson 1:

Ihre E-Mail-Adresse:

E-Mail-Adresse Begleitperson 1:

Sie sind:

- aktuell negativ getestet
 vollständig geimpft
 vollständig genesen

Sie sind:

- aktuell negativ getestet
 vollständig geimpft
 vollständig genesen

>>> **Weitere Begleitpersonen bitte händisch auf der Rückseite notieren. Danke!** →

Haben Sie derzeit:

Fieber

ja nein

Trockenen Husten

ja nein

Atemnot

ja nein

Geruchs- oder Geschmacksverlust

ja nein

Haben Sie andere Zeichen einer Infektion? Falls ja, welche:

Wenn Sie ein Corona-typisches Symptom in Ihrer Selbsteinschätzung mit ja ausgefüllt haben und/oder einer Absonderungspflicht unterfallen, **müssen wir Sie bitten, von Ihrem Zutritt abzusehen.** Sollten Sie in den nächsten Tagen Symptome an sich bemerken, bitten wir Sie, sich bei uns zu melden.

Ich bestätige / Wir bestätigen hiermit die Richtigkeit meiner / unserer Angaben:

 Unterschrift/en