



Bitte registrieren! Bitte jede Person einzeln erfassen!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher.

dieser Registrierungsbogen dient dem Zweck der Kontaktpersonennachverfolgung im Rahmen der Coronaschutz-Verordnung in ihrer jeweils aktuellen Fassung.

Datum: _____ **Uhrzeit:** _____
Name: _____ **Vorname:** _____
Straße: _____ **Wohnort:** _____
E-Mail: _____ **Telefonnummer/Handynummer:** _____
Station: _____ **Ambulanz:** _____ **Tagesklinik:** _____

Bitte melden Sie sich bei unserem Mitarbeiter und betreten Sie nicht die Kliniken Essen-Mitte, wenn eine der folgenden Fragen mit „JA“ beantwortet wird:

Haben Sie sich den letzten 14 Tagen in inländischen Risikogebieten oder im Ausland aufgehalten oder hatten Sie Kontakt zu entsprechenden Personen?

Nein ja (bitte den Kreis oder das Land benennen)

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen, die positiv auf Covid-19 getestet wurden? Stehen Sie selber unter Quarantäne?

Nein ja

Haben Sie aktuell oder hatten Sie in den vergangenen 7 Tagen folgende Symptome?

Nein ja
Husten Halsweh Erhöhte Temperatur
Gliederschmerzen Durchfall Geschmacks-/Geruchsverlust

Datenschutz: Alle datenschutzrechtlich relevanten Angaben halten wir an unseren Personensperren für Sie bereit.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Richtigkeit der gemachten Angaben. Für Schäden, welche den Kliniken Essen-Mitte aus unvollständigen, fehlerhaften oder falschen Angaben meinerseits ggf. entstehen, hafte ich vollumfänglich.

_____ (Datum, Unterschrift)

Bewertung Personensperre: Zugang gewährt Zugang verweigert Verweis an Zentr. Aufnahme

Bewertung Zentrale Aufnahme: _____ (Unterschrift)