



Bitte registrieren! Bitte jede Person einzeln erfassen!

Sehr geehrte PatientInnen, sehr geehrte BesucherInnen, sehr geehrte Damen und Herren,

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

PatientIn () BesucherIn () Begleitperson () andere () _____

Name, Vorname:

Adresse:

Datum:/Uhrzeit:

Telefon/Handynummer:

Besucher Patient:

Station:

Leiden Sie aktuell oder litten Sie in den vergangenen 7 Tagen an folgenden Symptomen?

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

Liegt ein Nachweis über Impfung / Testung vor?

- Ja Nein
- vollständig geimpft (EU-zugelassener Impfstoff)
- genesen (pos. PCR > 28 Tage und < 6 Monate)
- im Besitz eines negativen Antigen-Schnelltests (< 24 Stunden)

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

- Nein ja (bitte das Land benennen) _____

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

- Nein ja

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Hygieneregeln der KEM Evang. Kliniken Essen-Mitte sind mir bekannt, schriftlich ausgehändigt und werden von mir durchgehend eingehalten. Für Schäden, welche den KEM Evang. Kliniken Essen-Mitte aus unvollständigen, fehlerhaften oder falschen Angaben oder Nicht-Befolgen der Hygieneregeln meinerseits ggf. entstehen, hafte ich vollumfänglich.

_____ (Datum, Unterschrift)

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

Bewertung Zentrale Aufnahme: _____ (Unterschrift)

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