



## Bitte registrieren! Bitte jede Person einzeln erfassen!

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

dieser Registrierungsbogen dient dem Zweck der Risikoeinschätzung und Kontaktpersonennachverfolgung 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

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)

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

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) ( )

Bewertung Personensperre:

Zugang gewährt      Zugang verweigert      Verweis an Zentr. Aufnahme \_\_\_\_\_ (Unterschrift)

Bewertung Zentrale Aufnahme: \_\_\_\_\_ (Unterschrift)