

# Fragebogen für die Aufnahme als Begleitperson zur Erhebung der personenbezogenen Daten zur Nachverfolgung eventueller Infektionen mit COVID-19

(z.B. Begleitpersonen auf Wöchnerinnen- und Kinderstation)

Liebe Begleitperson,  
bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Eine Aufnahme als Begleitperson im Klinikum Obergöltzsch Rodewisch ist nur möglich, wenn alle Punkte ausgefüllt sind bzw. angekreuzt werden können sowie einer der von Ihnen genannten Nachweise vor Aufnahme vorgelegt wird.

Name, Vorname der Begleitperson: \_\_\_\_\_

Telefonnummer der Begleitperson: \_\_\_\_\_  
oder

E-Mail-Adresse der Begleitperson: \_\_\_\_\_

Postleitzahl der Begleitperson: \_\_\_\_\_

Unterbringung auf folgender Station: \_\_\_\_\_

geplante Aufenthaltsdauer: von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Ich bin nicht mit COVID-19 infiziert.

Ich bestätige, dass ich zurzeit und in den letzten 14 Tagen keine der nachfolgenden Krankheitsmerkmale hatte:

- |                 |                    |                            |             |
|-----------------|--------------------|----------------------------|-------------|
| · Fieber > 38°C | · Halsschmerz      | · Kopfschmerz              | · Durchfall |
| · Schnupfen     | · Gliederschmerzen | · Trockener Husten         | · Atemnot   |
| · Schüttelfrost | · Abgeschlagenheit | · Verlust des Geruchssinns |             |

Ich bestätige, dass ich nicht in Kontakt zu einer COVID-19 infizierten Person stehe oder seit dem Kontakt mit einer COVID-19 infizierten Person 14 Tage vergangen sind.

**Folgender Nachweis wird vorgelegt:**

**Negativer tagesaktueller Antigenschnelltest**, nicht älter als 24 Stunden  
(Dem Schnelltest steht ein PCR-Test gleich, der nicht älter als 48 Stunden ist.)

vom: \_\_\_\_\_  
Datum, Uhrzeit

**Nachweis eines vollständigen Impfschutzes gegen SARS-CoV-2**

Letzte Impfung erhalten am: \_\_\_\_\_  
Datum

**Nachweis über die Genesung einer SARS-CoV-2-Infektion**

Positives Testergebnis vom: \_\_\_\_\_  
Datum

**!Nur vom Pflegepersonal auszufüllen!** Oben genannte Nachweise wurden vorgelegt.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich verpflichte mich, folgende Hygienemaßnahmen einzuhalten:

- (1) Vor Betreten der Station und nach Verlassen der Station sind die Hände zu desinfizieren.
- (2) Alle -Patient und Begleitperson- tragen Mund-Nasen-Schutz:  
- bei Anwesenheit von medizinischem Personal  
- bei Verlassen des Zimmers
- (3) Die Kontakte während des Aufenthalts sind auf die begleiteten Personen zu beschränken.
- (4) In Abstimmung mit dem Arzt sind Spaziergänge erlaubt –die üblichen Kontaktbeschränkungen zu anderen Personen sind dabei einzuhalten (Mindestabstand 1,50 m)
- (5) Händeschütteln oder anderer körperlicher Kontakt mit dem Personal/anderen Patienten ist zu unterlassen.

**Die Erhebung und Speicherung Ihres Namens, Ihrer Telefonnummer oder E-Mail-Adresse dient dem Zweck der Nachverfolgung von eventuellen Infektionsketten von COVID-19. Ihre Daten werden geschützt vor Einsichtnahme von Dritten erhoben und für die Dauer von einem Monat nach dem Ende Ihres Besuchs für die zuständigen Behörden vorgehalten. Danach erfolgt eine datenschutzgerechte Vernichtung dieses Fragebogens. Auf Anforderung sind Ihre Daten an die zuständigen Behörden zu übermitteln. Eine Verarbeitung zu anderen Zwecken ist unzulässig.**



Datum

Unterschrift Begleitperson