

Psychiatrische Institutsambulanz Ambulante Patienten – CHECK-IN (Kontaktbogen)

Name, Vorname, Geb.-Datum		
Anschrift + Telefonnummer		
Uhrzeit:		
Symptome	Ja	Nein
Leiden Sie unter einem neu aufgetretenen Geruchs- oder Geschmacksverlust?		
Haben Sie Husten?		
Haben Sie Luftnot?		
Haben Sie Schnupfen oder eine verstopfte Nase?		
Haben Sie Fieber oder Schüttelfrost?		
Haben Sie Halsschmerzen?		
Leiden Sie unter anderen nicht genannten grippalen Symptomen (z.B. ungewöhnliche Schwäche, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen)?		
Leiden Sie unter Übelkeit/Erbrechen oder Durchfall?		
Sind oben genannte Symptome bei Ihnen in den letzten 14 Tagen aufgetreten?		
Kontakte		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer an SARS-CoV-2 erkrankten Person?		
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einer Region mit gehäuften COVID-19-Fällen? <small>(Inzidenzrate \geq 50 Erkrankte/100.000 Einwohner/7 Tagen)</small>		
Leben Sie in einer Einrichtung mit derzeit gehäuften Atemwegsinfektionen (Pflegeheim, Altenheim)		
Wurden Sie bereits auf SARS-CoV-2 getestet?		
Wenn ja, positives Ergebnis?		
Wenn ja, wann? Datum:		

Hiermit versichere ich, dass die oben gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Ihre vollständigen Angaben dienen der Kontaktnachverfolgung im Falle eines Infektionsgeschehens im Zusammenhang mit SARS-COV-2.

Wir sind zur Erhebung dieser Daten durch das gesetzlich festgelegte Meldewesen nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) verpflichtet.

Datenschutzhinweis:

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. So behandeln wir Ihre personenbezogenen Daten selbstverständlich stets entsprechend

der aktuellen gesetzlichen Datenschutzvorschriften.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!