

Selbstauskunft / Passierschein für externe Handwerker*innen / Dienstleister

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu Ihrem eigenen Schutz sowie, dem Schutz von Patienten und Klinikmitarbeitern möchten wir Sie bitten, folgende Angaben zu machen bzw. Fragen zu beantworten. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen unterschrieben mit. Vielen Dank vorab dafür.

Selbstauskunft/ Passierschein ist mit Tagesdatum mitzuführen und am Ende des Arbeitstages spätestens am folgenden Tag bis 12:00 Uhr am Checkpoint II (Haupthaus, EG) oder an einen technischen Mitarbeiter abzugeben.

Handwerker*innen / Dienstleister

Firma	
Name, Vorname	
Anschrift (privat)	
Telefonnummer (privat)	
Station/ Bereich/ Gebäude	
Beginn (Uhrzeit) :	Ende (Uhrzeit):

Angaben zu möglichen Gesundheitsbeschwerden (bitte kreuzen Sie an)

Aktuelle Symptome oder innerhalb der letzten 14 Tage neu aufgetreten:

Akute Atemwegssymptome (Luftnot, Kurzatmigkeit)	Ja	Nein
Husten	Ja	Nein
Muskel-/ Gelenkschmerzen	Ja	Nein
Fieber	Ja	Nein
Übelkeit/ Erbrechen	Ja	Nein
Halsschmerzen	Ja	Nein
Magen-/ Darmbeschwerden	Ja	Nein
Kopfschmerzen	Ja	Nein
Verlust von Geruch/Geschmack	Ja	Nein
Temperatur: _____ °C (wird in der Klinik ausgefüllt)		

Reiserückkehrer aus einem Risikogebiet innerhalb der letzten 14 Tage?

Ja

Nein

Risikogebiet: _____

Rückkehrdatum: _____

Hatten Sie in den letzten 14 Tage ungeschützten Kontakt mit einer an Covid-19 erkrankten Person?

Ja

Nein

Hatten Sie Kontakt zu Personen mit akut respiratorischen Erkrankungen (Bronchitis / Lungenentzündung etc.?)

Ja

Nein

Hinweis:

Sollten Sie eine dieser Fragen mit „Ja“ beantworten, bitte wir um Verständnis, dass ein Zugang dann leider nicht möglich ist.

Selbstverpflichtung:

Als externer Handwerker*innen/ Dienstleister verpflichte ich mich, ausschließlich beim benannten Einsatzort aufzuhalten, während der gesamten Tätigkeit/ Besuchs einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen und einen Mindestabstand von 1,5 m zu wahren. Die geltenden Hygienerichtlinien wurden mir mitgeteilt. Ich verpflichte mich, diese einzuhalten.

Einverständnis Datenspeicherung:

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir erhobenen Daten gespeichert werden. Die Angaben sind gem. der „Coronaschutzverordnung-NRW“ freiwillig, aber ohne Angabe dürfen wir Ihnen keinen Zugang gewähren.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung in die Speicherung ganz oder in Teilen ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung ist an die Märkische Kliniken GmbH zur richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Sie wurden auf den Aushang zu den „Informationspflichten bezüglich der Erhebung von Daten von Besuchern bzw. Kontaktpersonen von Patienten“ hingewiesen.

Datum/ Unterschrift Dienstleister
Auftraggeber

Datum/Unterschrift