

## Gesundheitsfragebogen COVID-19

Dieser Gesundheitsfragebogen muss von allen Personen (ein Formular pro Person) ausgefüllt und unterschrieben werden, bevor sie unsere Einrichtung besuchen oder betreten.

### Personenangaben

Name		Vorname	
Straße		Nr.	
PLZ	Ort	Telefon/Mobil	
E-Mail			
Besuchte Person		Von:	Bis:

**Bitte helfen Sie uns, die Gesundheit und Sicherheit aller Bewohner und Mitarbeiter hier im Haus sicherzustellen, und beantworten Sie dazu wahrheitsgemäß folgende Fragen**

Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt zu Personen bei denen Verdacht auf Infizierung mit dem Corona-Virus besteht oder der Corona-Virus diagnostiziert wurde?	JA	NEIN
Haben/Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen eine erhöhte Körpertemperatur (> 37,5 C°) oder Symptome wie Husten und/oder Atembeschwerden bzw. eingeschränkte Leistungsfähigkeit?	JA	NEIN
Messung der Körpertemperatur	°C	

**Bei mir wurde in den vergangenen 48 Stunden ein Antigentest zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus von einem zugelassenen Testzentrum durchgeführt, die Bescheinigung lege ich vor:**

Ja

Nein

**Impfbescheinigung lege ich vor:**

Ja

Nein

**Genesungsnachweis lege ich vor:**

Ja

Nein

**Dieser Fragebogen wird unter Umständen an die zuständigen öffentlichen Gesundheitsbehörden weitergegeben.**

### Datenschutzhinweis

Die Maßnahme erfolgt selbstverständlich unter Einhaltung des Datenschutzes. Ihre personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen verwendet. Die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand werden zu folgenden Zwecken verarbeitet:

1. Gewährleistung des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit sowie für Ihre notwendige medizinische Betreuung;
2. zur Erfüllung von gesetzlichen Verpflichtungen, Vorschriften, nationalen und europäischen Gesetzen sowie aus Gründen, die sich aus den Anordnungen der Behörden hierzu kraft Gesetzes ergeben.

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben wahr und richtig sind und dass falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation und die medizinische Versorgung haben können. Falsche Angaben können außerdem zu haftungs- und strafrechtlichen Konsequenzen führen.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------