



**Besucher/Begleitperson** (z.B. gesetz. Vertreter/Betreuer):

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**besucher/begleiteter Patient:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_

**Fragenkatalog – muss von Patient\*in ausgefüllt werden!**

1. Haben Sie aktuell grippeähnliche Symptome?

**JA**                       nein                       Wenn, **JA**, welche?

- Fieber > 38°C und/oder Schüttelfrost
- Halsschmerzen
- Husten (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
- Atemnot oder Luftnot (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
- Kopf- und Gliederschmerzen oder Abgeschlagenheit (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
- Geruchs-, Geschmacksstörung (plötzlich aufgetreten, ohne halbseitige Lähmung der Gesichtsmuskulatur (Fazialisparese))
- Übelkeit, Diarrhoe (Durchfall) (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
- Schnupfen (nicht chronisch, nicht saisonal bedingt allergisch, z.B. Gräser und Pollen etc.)

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen grippeähnliche Symptome?

**JA**                       nein                       Wenn, **JA**, welche?

- Fieber > 38°C und/oder Schüttelfrost
- Halsschmerzen
- Husten (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
- Atemnot oder Luftnot (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
- Kopf- und Gliederschmerzen oder Abgeschlagenheit (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
- Geruchs-, Geschmacksstörung (plötzlich aufgetreten, ohne halbseitige Lähmung der Gesichtsmuskulatur (Fazialisparese))
- Übelkeit, Diarrhoe (Durchfall) (nicht chronisch bzw. unter 4 Wochen)
- Schnupfen (nicht chronisch, nicht saisonal bedingt allergisch, z.B. Gräser und Pollen etc.)

3. Haben Sie in den letzten 14 Tagen eine Veranstaltung mit mehr als 10 Personen aus mehr als zwei Haushalten besucht?\*

**JA**                       nein                       **weiß nicht?**

4. Wurden Sie in den letzten 14 Tagen positiv auf das SARS-CoV2 getestet?

**JA**                       nein

5. Sind Sie oder waren Sie auf Grund von COVID-19 in den letzten 14 Tagen in Quarantäne oder häuslicher Isolation?

**JA**                       nein

6. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem vermuteten oder bestätigtem COVID-19-Fall?

**JA**                       nein

7. Ist jemand in Ihrem Wohn-, oder Arbeitsumfeld in den letzten 14 Tagen **positiv** auf das Sars-CoV2 getestet worden?
- JA**                       nein
8. Ist jemand oder war jemand in Ihrem Wohnumfeld auf Grund von COVID-19 in den letzten 14 Tagen in Quarantäne oder häuslicher Isolation?
- JA**                       nein
9. Arbeiten Sie im medizinischen Bereich **und** haben Sie mindestens eines der unter 2. aufgeführten Symptome?
- JA**                       nein
10. Leben Sie in einem Pflegeheim, in dem es aktuell eine Häufung von Lungenentzündungen gibt?
- JA**                       nein

*Hinweis: Bei Sach- oder Personenschäden an Patienten, Mitarbeitern oder der jeweiligen Versorgungsstruktur infolge vorsätzlich falscher Angaben in diesem Fragebogen haftet der Auskunftgebende.*

**Auswertung – muss von Mitarbeiter\*in ausgefüllt werden!**

**Eine** der Fragen mit „**JA**“ oder „**weiß nicht**“ beantwortet?  
**Kein Einlass** als Besucher möglich, **keine Aufnahme** als Begleitperson möglich!

*\* Hinweis zu Frage 3:*

*Falls die Frage 3 mit „**JA**“ oder „**weiß nicht**“ beantwortet wird, kann durch Vorlage eines max. 48 Stunden alten negativen SARS-CoV2-PCR-Tests **und** einen tagesaktuellen negativen SARS-CoV2-Antigen-Schnelltest der Besucher/Begleiter trotzdem als „**rein**“ eingestuft werden. Voraussetzung ist jedoch die Durchführung eines Symptomentagebuches für die Dauer der Inkubationszeit plus erste grippale Erkrankungsphase (12 Tage).*

**Zusammenfassende Einschätzung (zutreffendes bitte ankreuzen):**

**unrein**                       **rein**

**Information für Besucher und Begleitpersonen der Ruppiner Kliniken GmbH auf der Grundlage der Art. 12 ff. DSGVO**

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher, sehr geehrte Begleitperson,

hiermit möchten wir Sie auf Grundlage der Art. 12 ff. DSGVO über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten lt. Fragenkatalog informieren: **Zwecke und Rechtsgrundlagen** für die Datenverarbeitung sind die Maßnahmen zur Eindämmung und Bekämpfung der Corona- Pandemie auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c und e DSGVO, Art. 9 Abs. 2 lit. b, g und i DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c BDSG und

§ 618 Abs. 1 BGB i.V.m. § 3 Arbeitsschutzgesetz, und die Umsetzung der besonderen Abstands- und Hygieneregeln und des Arbeitsschutzes sowie der Besucherregelungen nach den §§ 3 und 10 der SARS-CoV-2-Umgangsverordnung im Land Brandenburg. Die Verarbeitung ist erforderlich, um Patienten, Besucher und Beschäftigte in unserem Unternehmen zu schützen, und um ggf. Kontaktpersonen von an Covid-19 erkrankten Personen ausfindig zu machen und rechtzeitig verständigen zu können. Somit dient die Datenverarbeitung Ihrer Gesundheit und der Ihrer Mitmenschen. Ihre Daten werden erforderlichenfalls an die zuständigen Behörden (z.B. Gesundheitsamt) auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes weitergegeben (§§ 16, 17 und 25 Infektionsschutzgesetz). **Verantwortlich für die Datenerhebung** ist die Ruppiner Kliniken GmbH, vertreten durch die Geschäftsführer, Herrn Dr. Matthias Voth und Herrn Dr. Gunnar Pietzner, Fehrbelliner Str. 38, 16816 Neuruppin, E- Mail: gf@ruppiner-kliniken.de, Telefon: 03391 39-11110, Fax: 03391 39-11109. Die **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten** lauten wie folgt: Ruppiner Kliniken GmbH, Datenschutzbeauftragter, Fehrbelliner Str. 38, 16816 Neuruppin, E-Mail: datenschutz@ruppiner-kliniken.de, Telefon: 03391 39-11220. Die **Dauer der Aufbewahrung** der Daten beträgt 4 Wochen. Danach werden die Daten datenschutzgerecht gelöscht, sofern keine Infektion bei der besuchten oder begleiteten Person aufgetreten ist. **Quelle** der personenbezogenen Daten für die Datenverarbeitung sind Sie selbst, es werden ausschließlich die auf dem Formular genannten Daten verwendet. Eine Datenübertragung an ein Drittland ist nicht vorgesehen und eine automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling findet nicht statt. **Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher, sehr geehrte Begleitperson**, es besteht für Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten durch den o.g. Verantwortlichen sowie auf Berichtigung oder Löschung, oder auf Einschränkung der Verarbeitung. Sie haben das Recht auf Widerspruch und Datenübertragbarkeit (Art. 16, 17, 18, 20, 21 DSGVO). Darüber hinaus haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Dies ergibt sich aus Art. 77 DSGVO. Die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde kann formlos erfolgen. Zuständig als Aufsichtsbehörde im Land Brandenburg ist die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht, Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow, E-Mail: Poststelle@LDA.Brandenburg.de. **Bei Fragen sprechen Sie uns bitte gern an!**

Neuruppin, \_\_\_\_\_

Ort, Datum

NAME, VORNAME Besucher (Druckbuchst.)

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patient

Neuruppin, \_\_\_\_\_

Ort, Datum

NAME, VORNAME Mitarbeiter (Druckbuchst.)

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Mitarbeiter