An die **oder per Fax:**  **Bitte dieses Schreiben**

**A g g e r t a l k l i n i k 02263 93-1965 vollständig ausgefüllt,**

Patientenmanagement  **schnellstens zurück senden.**

Am Sondersiefen 18

**51766 Engelskirchen** **Zutreffendes bitte ankreuzen.**

Anreise:

**Checkliste Verdachtsabklärung COVID-19 (Coronavirus)**

Informationspflicht nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Im Rahmen der Infektionsprävention des sich zurzeit weiter verbreitenden Coronavirus

möchten wir Ihnen vor Aufnahme zur Reha folgende Fragen stellen:

**Angaben zu Erkältungssymptomen in den letzten 14 Tagen – bitte ankreuzen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |
| Fieber (über 38° C) |  |  |
| Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden |  |  |
| Husten |  |  |
| Atemnot, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. COPD, Asthma) erklärbar |  |  |
| Geschmacks- oder Geruchsverlust |  |  |
| Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar |  |  |
| Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Allergien) erklärbar |  |  |
|  |  |  |
| Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt? |  |  |
| Wurden Sie positiv getestet?  Wenn Ja: Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Sind Sie geimpft?  Wenn Ja: Datum Erstimpfung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Folgeimpfung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**Melden Sie sich bitte bei uns, falls bis zu Ihrem Aufnahmetermin Erkältungssymptome bei Ihnen auftreten.**

Zu Ihrem eigenen Schutz und zum Schutz unserer Rehabilitanden müssen wir dann Ihre Aufnahme gegebenenfalls neu terminieren.

Wir bitten Sie um Verständnis für diese Maßnahme und bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift