

Kurzscreening für Besucher von vollstationären Einrichtungen der Pflege und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe sowie ähnlichen Einrichtungen (COVID-19 Pandemie)



Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/r Bewohner/in:	
Datum des Besuchs:	

Angaben zu Erkältungssymptomen

Haben sich innerhalb der letzten **14 Tagen** eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Halschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu den 3 G-Regeln

	JA	NEIN
Vollständiger Impfschutz liegt vor? (14 Tage nach Zweitimpfung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genesungsbescheinigung liegt vor? (28 Tage nach Erkrankung /bis 6 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negativer Test liegt vor ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temperaturkontrolle (> 37,8°C)	°C
--------------------------------	----

Wir empfehlen weiterhin die „AHA“ Regeln einzuhalten!



Sollten Sie bzgl. der oben genannten Fragen in den letzten Tagen nicht symptomfrei sein und keine der 3G- Regeln vorweisen können, bitten wir Sie die Einrichtung nicht zu betreten.
In diesem Fall informieren Sie uns bitte telefonisch.

Datum/ Unterschrift Besucher/Besucherin

Kurzscreening für Besucher von vollstationären Einrichtungen der Pflege und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe sowie ähnlichen Einrichtungen (COVID-19 Pandemie)



Information zum Datenschutz im Rahmen der PoC-Antigen-Tests und der Kurzscreenings nach §§ 14, 15 KDG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist der

Caritasverband im Dekanat Ahaus-Vreden e. V.
Coesfelder Straße 6, 48683 Ahaus
Telefon 02564 42090, E-Mail info@caritas-ahaus-vreden.de

Unseren Datenschutzkoordinator erreichen Sie unter dsb@caritas-ahaus-vreden.de oder Telefon 02561 429022.

Zwecke der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlagen:

Die Datenverarbeitung erfolgt nach § 6 KDG (Gesetz über den Kirchlichen Datenschutz) und aufgrund der Allgemeinverfügung „Eingliederungs- und Sozialhilfe“ des Landes NRW vom 05. November 2020 mit Ihrer Einwilligung und dient der Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (InfektionsschutzG)

Empfänger der Daten:

Ggfs. an: Gesundheitsamt, Landeszentrum für Gesundheit, LWL, WTG-Behörde, Robert-Koch-Institut

Darüber hinaus bedienen wir uns verschiedener Dienstleister als Auftragsverarbeiter: IT, Aktenvernichtung, Wartung technischer Geräte, Software-Hersteller etc.

Übermittlung in ein Drittland:

Es erfolgt keine Übermittlung Ihrer Daten in ein Drittland.

Maximale Dauer der Datenverarbeitung:

Regelmäßig bewahren wir Ihre Daten 4 Wochen auf. In begründeten Einzelfällen kann eine längere Aufbewahrung der Daten erfolgen.

Ihre Rechte:

- Auskunft (über Ihre bei uns gespeicherten Daten), § 17 KDG
- Berichtigung Ihrer Daten, § 18 KDG
- Löschung, § 19 KDG
- Einschränkung der Verarbeitung, § 20 KDG
- Datenübertragbarkeit, § 22 KDG
- Widerspruch aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, § 23 KDG
- Widerruf erteilter Einwilligungen, § 8 KDG

Sie haben ein Recht auf Beschwerde beim Katholischen Datenschutzzentrum in Dortmund nach § 48 KDG: info@kdsz.de oder 0231 1389850.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten zur Kontaktpersonenverfolgung genutzt werden