

<input type="checkbox"/> stationäre Patient*in	<input type="checkbox"/> ambulante Patient*in	<input type="checkbox"/> Besucher*in	<input type="checkbox"/> Begleitperson
Name, Vorname:			
Ziel (Station/Abteilung/Klinik) im Klinikum:			
Anschrift und Telefonnummer:			
Name Patient*in, der/die besucht/begleitet wird:			
Beginn Besuch:		Ende Besuch:	

Fragebogen:	Nein	Ja
Hatten Sie eine nachgewiesene Corona-Erkrankung in den letzten 14 Tagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an Corona erkrankt ist oder sich in Quarantäne befindet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus, wie: Fieber (>38 °C), Husten, Halsschmerzen, Geruchs- oder Geschmacksstörungen (bei Kindern zusätzlich: Magen-Darm-Infektion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet gem. Robert-Koch-Institut aufgehalten und/oder unterliegen einer Quarantänepflicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ihr Negativnachweis (3G-Regel) bitte ankreuzen:**

- Nachweis der vollständigen Covid-19-Impfung (>14 Tage nach letzter erforderlicher Impfung)
- Nachweis der Genesung nach Covid-19-Erkrankung
- Negativer Antigen-Schnelltest (kein Selbsttest) <24h /PCR Test <48h /  
Vorlage des Schüler\*in-Testheftes / Kinder <6 Jahre sind befreit
- Nein

Patient\*innen, die stationär aufgenommen werden oder ambulante Patienten mit Interventionen, erhalten unabhängig von ihrem aktuellen Impf- bzw. Genesenenstatus einen Schnelltest im StAR-T Bereich (ggf. am Ortenberg vor dem Stationsbereich).

Ich setze die folgenden Maßnahmen während meines gesamten Aufenthalts im Klinikum um: Pflicht zum Tragen einer **Mund-Nasen-Bedeckung** (Ausnahme: Kinder < 6 Jahren), **Händedesinfektion** sowie Einhaltung des **Abstandsgebotes** zu anderen Personen (min. 1,50 m).

Die erhobenen Daten werden aufgrund Ihrer Einwilligung ausschließlich zur Ermöglichung der Nachverfolgung von Infektionen genutzt. Sie werden bis Ablauf eines Monats nach dem Besuch aufbewahrt und anschließend datenschutzkonform vernichtet. Eine Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen Ihres Besuchs im Universitätsklinikum Marburg liegt im Eingangsbereich aus. Es steht Ihnen frei, Angaben auf diesem Formular bzw. eine Unterzeichnung dieses Formulars zu verweigern. In diesem Fall behalten wir uns vor, von unserem Hausrecht Gebrauch zu machen und Ihnen den Zutritt zu verwehren.

Ich versichere, dass ich dieses Dokument beim Verlassen des Klinikums am Ausgang wieder abgebe.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Herzlichen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mitarbeit!**