

# Selbstauskunft Coronavirus

## Persönliche Angabe

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Grund Ihres Aufenthalts: \_\_\_\_\_

## Selbstauskunft

Hatten Sie innerhalb der letzten 5 Tage eines dieser Krankheitssymptome?

Fieber ja  nein  Halsschmerzen ja  nein

Bindehautentzündung ja  nein  Husten / Schnupfen ja  nein

Abgeschlagenheit / körperliche Schwäche ja  nein  Allgemeine Erkältungssymptome ja  nein

Geruchs- / Geschmacksstörungen ja  nein

Hatten Sie innerhalb der letzten 7 Tage engen, haushaltsähnlichen Kontakt zu einer Person mit einem dieser Krankheitssymptome?

ja  nein

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall?

ja  nein

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem den Reisebeschränkungen unterliegenden Risikogebiet\* aufgehalten?

ja  nein

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage engen, haushaltsähnlichen Kontakt zu einer Person aus einem den Reisebeschränkungen unterliegenden Risikogebiet\*?

ja  nein

\* Risikogebiete sind im Aushang

Duisburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Hinweise Datenschutz

Durch Angaben Ihrer Personalien sowie Bestätigung durch Ihre Unterschrift willigen Sie in die Datenübermittlung durch das NTZ an das Gesundheitsamt Duisburg ein. Die weitere Bearbeitung Ihrer Daten obliegt der Zuständigkeit des Gesundheitsamts Duisburg. Ihnen stehen jederzeit die gesetzlich normierten Betroffenenrechte der §§ 19 – 25 DSGVO zu (insb. das Recht auf Auskunft und Löschung). Die vollständigen Datenschutzinformationen hierzu können Sie jederzeit bei einem unserer Mitarbeiter einsehen.

Im Falle einer Verweigerung der Dateneintragung kann ein Besuch Ihrerseits nicht genehmigt werden. Dabei bitten wir um Ihr Verständnis.

Erstellung/Version	Erstellt durch	Freigabe durch	
28.10.2020 Version 02	B. Seefeldt Stabsstelle QM	Dr. R. Dossi Geschäftsführer	Seite 1 von 1