

Dieser Fragebogen ist von allen betriebsfremden Personen für den Aufenthalt im UKD auszufüllen.

Er wird, wenn nötig, an die Gesundheitsbehörden weitergeleitet, um Sie im Falle einer möglichen Übertragung erreichen zu können. Der Gesundheitsfragebogen wird für einen Zeitraum von 1 Monat sicher aufbewahrt und im Anschluss bei Nichtgebrauch datenschutzgerecht entsorgt\*.

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Zeitraum des Aufenthalts (Uhrzeit von - bis):** \_\_\_\_\_

**Bereich des Aufenthalts:** \_\_\_\_\_

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

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

**Adresse (PLZ, Wohnort):** \_\_\_\_\_

**Adresse (Straße, Hausnummer):** \_\_\_\_\_

**Telefon, ggf. E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Angaben zum Gesundheitszustand:**

Ich leide unter akuten Atemwegsbeschwerden oder unspezifischen Allgemeinsymptomen (Fieber, Abgeschlagenheit, Schwäche, Geruchsverlust) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Ich hatte in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer anderen Person mit positivem Nachweis von SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ich befinde mich aktuell in einer behördlich angeordneten Quarantäne <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

**Sollte mindestens einer der Punkte mit „Ja“ beantwortet sein, ist der Aufenthalt im UKD laut festgelegter Hygienemaßnahmen nicht gestattet.** Ausnahmen von dieser Vorgehensweise sind in begründeten Einzelfällen möglich, müssen jedoch individuell abgesprochen werden.

**Angaben zum SARS-CoV-2 Schutzstatus (bitte Nachweise vorlegen):**

Ich bin vollständig gegen SARS-CoV-2 geimpft (letzte Impfung vor mindestens 15 Tagen) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Ich habe eine laborbestätigte COVID-19-Erkrankung durchgemacht und bin einmal gegen SARS-CoV-2 geimpft (Impfung vor mindestens 15 Tagen) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ich habe innerhalb der letzten 6 Monate eine laborbestätigte COVID-19-Erkrankung durchgemacht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Ich habe einen negativen, tagesaktuellen SARS-CoV-2-Schnelltest <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Wir bitten um Verständnis und bedanken uns für Ihre Mithilfe!

*\*Datenschutzhinweis: Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen des Freistaats Sachsen (Sächsische Corona-Schutz-Verordnung) sind wir dazu verpflichtet, Ihren Besuch zu erfassen und nachzuhalten. Die Erfassung dient der Nachverfolgbarkeit von SARS-CoV-2-Infektionsketten.*