



Blutspendezentren

Spende Blut. Fühl Dich gut.

Datum ____ / ____ / ____

BZD.01-ND.05-017.01

Name: _____	geb: _____
Adresse: _____	
Telefonnummer: _____	Spenden-Nr. _____ BZ_ _____
Uhrzeit (Ankunft): _____	Wird vom Zentrumpersonal ausgefüllt

Corona-Check-In

Liebe Spenderin, lieber Spender

im Zuge der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 benötigen wir im Vorfeld von Ihnen einige Angaben für den Zutritt in unsere Spendeinrichtung. Diese dienen dem Schutz der Mitarbeiter, der anderen Spender und auch dem öffentlichen Interesse im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich zu diesem Zwecke. **Sie sind ausschließlich für unsere Mitarbeiter einsehbar** und werden nicht weitergegeben (ausgenommen meldepflichtige Erkrankungen).

Bitte füllen Sie das Formular vor Betreten des Spendezentrums aus und übergeben Sie es dem Personal am Empfang.

Ihr Team vom Blutspendezentrum

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen:	ja	nein
...Schüttelfrost oder Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...neu aufgetretenen Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...neu aufgetretene Luftnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...neu aufgetretenen Geschmacks- oder Geruchsverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Kontakt mit bestätigten Corona-Patienten oder Personen in Corona-Quarantäne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Teilnahme an einer Veranstaltung mit mehr als ____ Teilnehmern? (Vorg. Ges. Behörde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...einen außergewöhnlichen Corona-Ausbruch (wie z.B. ein Hochrisikogebiet) in Ihrer Nähe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Aufenthalt in einem ausländischen Risikogebiet gemäß aktueller Liste des Robert-Koch-Institutes (RKI). Wenn Sie es nicht genau wissen: diese Liste liegt hier vor, bitte fragen Sie uns!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe die Datenschutzinfo zum Corona-Check-In gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

Unterschrift Spender/in

- - - wird vom Zentrumpersonal gemessen / ausgefüllt - - -

Körpertemperatur: _____°C

Zugangsberechtigung erteilt: ja nein
(bei „nein“ Info eines Arztes der Fachabteilung)

Unterschrift Mitarbeiter/in

Uhrzeit Zentrum verlassen: _____

Unterschrift Mitarbeiter/in