



# Blutspendezentren

## Spende Blut. Fühl Dich gut.

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>Pflichtangaben</b>	
Name, Vorname: _____	Ruf-Nr.: _____
Adresse, ggf. Firma _____	Spenden-Nr. _____ BZ_ _____
Uhrzeit (Ankunft): _____	Wird vom Zentrumspersonal 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

#	Frage	ja	nein
1	<b>Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen</b> Schüttelfrost oder Fieber, Husten oder Luftnot, neu aufgetretenen Geschmacks- oder Geruchsverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<b>Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen</b> einen Aufenthalt in einem Virusvariantengebiet gem. aktueller Liste Robert-Koch-Institutes (RKI)(die Liste liegt hier vor, bitte fragen Sie uns!)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<b>Ich bin mit einem zugelassenen Corona-Impfstoff geimpft und der Impfschutz ist vollständig wirksam</b> (gem. Vorgabe RKI sowie lt. Impfschein / Impfpass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<b>Ich bin Genesen und kann den entsprechenden Nachweis vorlegen</b> (ein positives - Testergebnis mindestens 28 Tage und höchstens sechs Monate alt gem. Vorgaben RKI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<b>Ich habe einen aktuell gültigen negativen Corona-Test (PCR oder Antigen-Schnelltest), nicht älter als 24 Stunden dabei, ausgestellt durch ein zertifiziertes Testzentrum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen</b> Kontakt mit bestätigten Corona-Patienten oder Personen in Corona-Quarantäne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<b>Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen</b> einen außergewöhnlichen Corona-Ausbruch in Ihrem persönlichen Umfeld (z.B. Arbeitsstätte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

--- wird vom Zentrumspersonal gemessen/ausgefüllt ---

Körpertemperatur: \_\_\_\_\_ °C

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter/in

Uhrzeit Zentrum verlassen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter/in