

### Freiwillige Unterstützung bei klinischen und ambulanten Versorgungsempfängern im Rahmen der CoVid-19-Pandemie

Name	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Meldeanschrift	
aktueller Aufenthaltsort (Adresse)	
Erreichbarkeit telefonisch	
Erreichbarkeit E-Mail	

#### Fragen zur medizinischen Qualifikation

Ich verfüge bereits über eine medizinische Qualifikation als

- Gesundheits- und Krankenpfleger\*in  
 Pflegehelfer\*in  
 Notfallsanitäter\*in / Rettungsassistent\*in  
 Rettungssanitäter\*in  
 Medizinische\*r Fachangestellte\*r  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich möchte die Klinikum Lippe GmbH bei Versorgungsempfängern unterstützen.

- Standort Detmold und Lemgo     
  nur Standort Detmold     
  nur Standort Lemgo

#### Fragen zur bisherigen Exposition gegenüber dem CoVid-19 Virus

1. Haben Sie derzeit Symptome einer Erkältung?

- Nein     Ja, z.B. Husten oder Schnupfen

2. Haben Sie derzeit erhöhte Körpertemperatur oder Fieber?

- Nein     Ja

3. Waren Sie in den letzten 14 Tagen in Gebieten, die als Risikogebiete für SARS Covid-19-Erkrankungen angesehen werden?

(siehe [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Risikogebiete.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html))

- Nein     Ja

4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Menschen, bei denen ein Verdacht auf eine SARS Covid-19-Erkrankung vorliegt oder bestätigt wurde?

- Nein     Ja

Ich versichere die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben und erkläre mich mit der Weitergabe der hier gemachten persönlichen Angaben zum Zwecke der Meldung von Hilfskräften im Rahmen der CoVid-19-Pandemie an der Klinikum Lippe GmbH, gem. Art. 6 Abs. 1 a DSGVO einverstanden. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, sie gilt allerdings nur für die Zukunft. Die Datenübermittlung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt rechtmäßig. Der Widerruf ist zu richten an: Klinikum Lippe GmbH, Abteilung Personal und Recht, Röntgenstraße 18, 32756 Detmold.

Ort, Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_