

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

wir bitten Sie, sich an die Vorgaben zur Besuchsregelung unseres Hauses zu halten.

Es besteht eine durchgehende Maskentragepflicht (FFP2)!!!!

Damit wir nachvollziehen können, wer sich im Haus und in den Zimmern befindet, benötigen wir Ihre persönlichen Angaben, welche gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) behandelt werden.

Bitte halten Sie sich strikt an die Vorgaben und schützen somit sich, Ihren Angehörigen und die Mitarbeiter des Unternehmens.

Vielen Dank für Ihr Verständnis

1. Haben Sie derzeit eines oder mehrere der folgenden Anzeichen einer akuten Atemwegsinfektion:

- Fieber → neu aufgetretener Husten → Halsschmerzen → neu aufgetretene Kurzatmigkeit

ja nein

2. Vor Betreten der Einrichtung ist ein Schnell- oder PCR-Test (durch eine offizielle Teststelle) vorzuweisen.

Testdatum: _____ (Datum)

Hinweis: Schnelltest nicht älter als 24 Std., PCR-Test nicht älter als 48 Std.!

Name Besucher:	
Telefonnummer:	

Name des zu besuchenden Patienten:		Zimmernummer:	
---	--	----------------------	--

Ich versichere die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Hiermit willige ich ein, dass diese Daten gem. Art. 9 Abs. 1 und Abs. 2 a DSGVO an die verantwortlichen Fachabteilungen und bei Auftreten einer Infektion einer Ihrer Kontaktpersonen an die zuständige Behörde (z.B. Gesundheitsamt gem. §§16, 17 und 25 Infektionsschutzgesetz) weitergegeben werden.

Die Information zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum:		Uhrzeit:	_____ Uhr
Unterschrift Besucher:	_____		

Vom Klinikpersonal auszufüllen:

- Ergebnis aktueller Covid-19-Schnelltest/PCR-Test liegt vor.
- Besuch kann nach erfolgter Überprüfung stattfinden.
- Besuch muss verschoben werden.

Datum Name Unterzeichner in Druckbuchstaben Unterschrift MA