



Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Aktuelle Telefonnummer: _____

Zweck des Besuches:

Termin mit (Name Person): _____

Ambulante Behandlung: _____

Stationäre Behandlung: _____

Besucher von Patient (Name, Vorname): _____

Besitzen Sie einen vollen Impfschutz Sars CoV-2?

Ja Nein

Sind Sie genesen nach einer Sars CoV-2 Infektion?

Ja Nein

Sind Sie getestet auf Sars CoV-2?

Ja Nein

Sonstiger Besuch (Externe Dienstleister etc.): _____

Eintritt in die Klinik

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Hiermit versichere ich, dass ich nicht an COVID-19 Symptomen (V. a. Fieber, Husten und Atemnot, Geschmacks- und Geruchsstörungen) leide, in den **letzten 14 Tagen** keinen Kontakt zu einem COVID Betroffenen und keinen Auslandsaufenthalt in einem Risikogebiet hatte und ich nicht unter Quarantäne gestellt bin.

Zudem verpflichte ich mich folgende Verhaltensregeln einzuhalten:

- Mund-Nasen-Schutz im Krankenhaus
- Soziale Distanz mit Abstand 1,5 m
- Händewaschen / Händedesinfektion
- Kontaktminimierung

Unterschrift Besucher / Patient

Unterschrift Mitarbeiter

Ihre Daten werden gelöscht, sobald Sie für ihre Erhebung nicht mehr erforderlich sind, spätestens jedoch nach 4 Wochen. Sie haben das Recht auf Auskunft über die bei uns gespeicherten Daten. Sie haben das Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung unter den in Art. 16 bis 18 DSGVO genannten Voraussetzungen. Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu.