



Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____
Adresse: _____
Aktuelle Telefonnummer: _____

Zweck des Besuches:

Termin mit: _____
 Ambulante Behandlung: _____
 Stationäre Behandlung: _____
 Besucher von Patient (Name, Vorname): _____
 Sonstiges: _____

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 Patient / Besucher

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.