

## Passierschein

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 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.