

## 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.

## Aufklärung für Besucher von COVID-19 Patienten

Sehr geehrte/r Frau/Herr: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Sie werden im Rahmen eines Besuches bei Ihrer/m Angehörigen hiermit von Frau / Herrn: \_\_\_\_\_

darüber informiert, dass Ihr Angehöriger an einer infektiösen Erkrankung mit COVID- 19 erkrankt ist oder aber der dringende Verdacht darauf besteht.

**Daraus ergibt sich für Sie ein Risiko sich ebenfalls zu infizieren und eine schwere oder lebensbedrohliche Erkrankung zu erleiden.**

Sie bekommen von unserer Einrichtung die notwendige Schutzausrüstung und werden auf das korrekte Anlegen und Ablegen geschult. Bitte tragen Sie durchgängig diese Ausrüstung nur im unmittelbaren Bereich und verlassen nicht eigenständig damit den Raum.

Wir weisen Sie darauf hin, dass das korrekte Tragen der Schutzausrüstung keinen hundertprozentigen Schutz vor einer Infektionsübertragung gewährleisten kann.

Sollten sich in den kommenden Tagen Symptome einstellen, so melden Sie sich bitte bei Ihrem Hausarzt oder bei Ihrem für den Wohnort zuständigen Gesundheitsamt.

Meine Fragen wurden beantwortet und ich habe die Anweisungen des Personals verstanden. Ich versichere, dass ich mich an die Vorgaben zu halten.

Ich versichere zudem, eine Kopie dieser Aufklärung erhalten zu haben.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Angehörigen/Besuchers