



Passierschein PATIENT / BEGLEITPERSON

PATIENT

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Zweck des Besuches:

Ambulante Behandlung in der Abteilung/Station:

Stationäre Behandlung in der Abteilung/Station:

Eintrittsdatum:
Klinik

Uhrzeit:

Hiermit versichere ich, dass ich aktuell keine COVID Erkrankung habe, nicht an COVID-19 Symptomen (v.a. Fieber, Husten, Atemnot, Geschmacks- und Geruchsstörungen) leide, in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einem COVID Betroffenen hatte und keinen Auslandsaufenthalt in einem Risikogebiet hatte und ich nicht unter Quarantäne gestellt bin. Desweiteren verpflichte ich mich im gesamten Klinikum einen MNS zu tragen. Im Anschluss an meine Behandlung werde ich das Klinikum auf direktem Weg verlassen.

Unterschrift Patient

Handzeichen Mitarbeiter

BEGLEITPERSON - *Ein körperliches Defizit der/s Patientin/en erfordert eine Begleitperson.*

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Anschrift:

Tel: _____

Hiermit versichere ich, dass ich aktuell keine COVID Erkrankung habe, nicht an COVID-19 Symptome (v.a. Fieber, Husten, Atemnot, Geschmacks- und Geruchsstörungen) leide, in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einem COVID Betroffenen hatte und keinen Auslandsaufenthalt in einem Risikogebiet hatte und ich nicht unter Quarantäne gestellt bin. Desweiteren verpflichte ich mich im gesamten Klinikum einen MNS zu tragen. Im Anschluss an die Behandlung werde ich das Klinikum auf direktem Weg verlassen.

Unterschrift Begleitperson

Handzeichen 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 Art. 16-18 DSGVO genannten Voraussetzungen. Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu.