

BESUCHERBOGEN

Patientenbesuch

Datum: Uhrzeit:

Vor-und Nachname des Patienten:

Station:

Besucher:

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

Corona-Virus (SARS CoV-2) - bezogene Fragen:

Sie hatten in den letzten **14 Tagen oder haben aktuell:**

a) Schnupfen, Husten, Fieber, Abgeschlagenheit, Geschmacks- und Geruchsstörung oder vergleichbare Symptome: JA NEIN

b) oder Kontakt zu Personen, die mit dem Corona-Virus infiziert sind oder sich in noch häuslicher Quarantäne befinden JA NEIN

c) sind aus dem Ausland eingereist oder haben sich innerhalb eines innerdeutschen Risikogebietes (nach RKI) aufgehalten JA NEIN

Datum:

.....
Unterschrift des Besuchers

Der Besucher ist:

d) Corona Test ist positiv JA NEIN

e) eine genesene Person im Sinne des § 2 Nr. 2 und 3 oder Nr. 4 und 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung JA NEIN

f) eine geimpfte Person im Sinne des § 2 Nr. 2 und 3 oder Nr. 4 und 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung JA NEIN

Datum:

.....
Unterschrift zuständiges Personal der Klinik

Hinweise zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt im Rahmen gesetzlicher Vorgaben. Ihre Daten werden zum Zweck des Nachvollzugs von Infektionsketten im Zusammenhang mit Covid-19 gespeichert. Eine Übermittlung der o.g. Daten erfolgt nur im Einzelfall an das jeweils zuständige Gesundheitsamt, wenn wir nach §§ 16, 25 IfSG dazu verpflichtet sind. Die erfassten Daten werden nach vier Wochen, ohne dass es Ihrer Aufforderung bedarf, gelöscht.