



Besuchsberechtigung

Tagesdatum: _____

Datenerfassung aufgrund Coronavirus – Pandemie

Dieses Dokument berechtigt Sie **einmalig** für den Besuch einer/s Patientin/en.

Die Dauer des Besuchs ist auf **eine Stunde** beschränkt.

Pro Besuch darf nur **eine Person** in die Klinik kommen.

Besucher/in:

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

* Pflichtfeld

Name, Vorname	*
Wohnort, Straße	*
Telefonnummer	*

Besuchte/r Patient/in:

Name, Vorname	*	/Abteilung
Station/ Zimmer	* Station	Zimmer
Anwesenheitszeiten	Betreten der Klinik Uhrzeit: _____ Uhr Kürzel des Mitarbeiters: _____ Verlassen der Klinik Uhrzeit: _____ Uhr Kürzel des Mitarbeiters: _____	
Wird von der Klinik ausgefüllt!		

Gesundheitsfragen

Haben Sie in den letzten 14 Tagen eines der Risikogebiete gemäß der Liste des RKI besucht? ja nein

Haben Sie grippeähnliche Symptome wie Fieber, Atembeschwerden oder Husten? ja nein

Haben Sie kürzlich einen Verlust des Geruchs. Oder Geschmackssinns bemerkt? ja nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen mit einer am SARS-CoV-2-Virus erkrankten Person Kontakt? ja nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen mit einer in Quarantäne befindlichen Person in Kontakt? ja nein

Die Daten werden einen Monat ab Besuch geschützt vor Einsichtnahme durch Dritte aufbewahrt und nach Ablauf der Frist sicher und datenschutzkonform gelöscht und vernichten.

Mit einer Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. Zudem versichere ich, die Klinik spätestens nach 60 Minuten zu verlassen. Es steht Ihnen frei, Angaben auf diesem Formular bzw. eine Unterzeichnung dieses Formular zu verweigern. In diesem Fall machen wir von unserem Hausrecht Gebrauch und verwehren Ihnen den Zutritt.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift