

Erfassung der Besucher / Begleitpersonen

| | |
|---|---|
| Vor- und Nachname | |
| Straße/Hausnummer: PLZ/Wohnort: | |
| Telefonnummer: | |
| Name des Patienten: Station / Abteilung: | |
| Datum des Besuchs: Besuchszeit: | von bis Uhr Dauer |

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Sind Sie eine geimpfte oder genesene Person im Sinne des § 2 Nr. 2 und 3 oder Nr. 4 und 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmeverordnung? Ja Nein

Haben Sie akute respiratorische Symptome wie Husten, Atemprobleme, Schnupfen? Ja Nein

Leiden Sie unter dem Verlust von Geruchs- oder Geschmackssinn? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an COVID-19 erkrankt ist oder sich in Quarantäne befindet? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen einen Aufenthalt in einem nach RKI definierten Risikogebieten? Ja Nein

Wenn ja, wo? Bitte eintragen _____

Hinweis zum Datenschutz:

Das Krankenhaus ist verpflichtet, Name, Anschrift, Telefonnummer und Besuchszeit jeder Besucherin und jedes Besuchers ausschließlich zur Ermöglichung der Nachverfolgung von Infektionen zu erfassen. Die Daten sind für die Dauer eines Monats ab dem Besuch geschützt vor Einsichtnahme durch Dritte für die zuständigen Behörden vorzuhalten und nach Aufforderung an diese zu übermitteln. Nach Ablauf der Frist sind die Daten unverzüglich sicher und datenschutzkonform zu löschen oder zu vernichten. Die Art. 13, 15, 18 und 20 DSGVO zur Informationspflicht und zum Recht auf Auskunft zu personenbezogenen Daten finden keine Anwendung.

Hinweis zur Aufbewahrung:

Dieses Dokument verbleibt für einen Monat auf Station, danach ist es als Datenmüll (s.a. KKH-CH-040) zu entsorgen.

| | Erstellung | Gültig ab | Prüfung | Freigabe |
|-------|------------|------------|---------|----------|
| Name | DF | 08.06.2021 | | |
| Datum | | | | |