



Besuchsformular

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

im Rahmen unserer geltenden Hygienemaßnahmen bitten wir Sie, die folgende Selbstauskunft auszufüllen.

Ihre persönlichen Daten:

Nachname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

Datum, Uhrzeit

Wen möchten Sie besuchen?

Nachname, Vorname

Station, Zimmernummer

Als Besuchsperson bin ich verpflichtet,

- mich ausschließlich zu Besuchszwecken im Patientenzimmer oder in einem ausgewiesenen Besuchsbereich aufzuhalten.
- während der gesamten Besuchszeit einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen, den Mindestabstand von 1,5 Metern einzuhalten und die Regeln zur Händehygiene zu beachten.

Ich versichere hiermit, dass ich keine Symptome einer COVID-19-Erkrankung habe und mich nicht in Quarantäne befinde.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vorliegende Daten gemäß DSGVO ausschließlich für die Rekonstruktion möglicher Ansteckungen mit COVID-19 vier Wochen aufbewahrt und bei Bedarf ausgewertet werden.

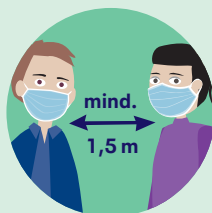
Ich bestätige, dass alle Angaben korrekt sind.

Unterschrift

Eine Weitergabe oder Auswertung der Daten für andere Zwecke als die der Infektionsnachverfolgung ist ausgeschlossen. Das Vernichten Ihrer Daten erfolgt nach vier Wochen.



Tragen Sie immer einen Mund-Nasen-Schutz.



Halten Sie Abstand. Beachten Sie die Aushänge am Fahrstuhl.



Regelmäßig lüften.



Achten Sie auf die Händehygiene.