

Besucherkontakte



Sehr geehrte Besuchende,

aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie müssen bei Patientenbesuchen im Klinikum alle Besucher und Besuchszeiträume sowie Hinweise auf eine Infektion mit SARS-CoV2 erfasst werden.

Wir bitten Sie, die folgenden Angaben zu Ihrer Person wahrheitsgemäß auszufüllen:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ Ort:

Telefonnummer:

Sie bestätigen uns mit Ihrer Unterschrift, dass Sie **frei** von folgenden Krankheitszeichen sind (bitte ankreuzen):

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geschmacks- und/ oder Geruchsstörungen | <input type="checkbox"/> Zeichen einer Magen-Darm-Grippe |
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Schnupfen |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Zeichen eines grippalen Infektes | <input type="checkbox"/> sonstige Zeichen eines Atemwegsinfektes |

Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?

- ja nein

Herford, den

.....
Unterschrift des Besuchenden

Durch das Klinikum auszufüllen:

- Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt: ja nein
- Einlass des Besuchenden wurde gewährt: ja nein

Besuchte(r) Patientin/ Patient:

Besuchte Station:

Zimmernummer:

Datum des Besuchs:

Uhrzeit des Besuchs:

Dauer des Besuchs:

Die über Sie mit diesem Formular gesammelten Daten werden, sollte kein anlassbezogener Grund zur weiteren Verarbeitung bestehen, nach maximal 3 Monaten gelöscht. Ihre weiteren Betroffenenrechte können Sie dem Informationsblatt nach Artikel 13 DS-GVO entnehmen, welches Sie auf der Homepage des Klinikum Herford finden.