

# Kontaktdaten Besucher\*innen

## Kontaktdaten des Besuchers

Name	
Vorname	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Ort	
Telefonnummer	

## Patient\*in, die/den ich besuche möchte:

Name	
Vorname	
Station	
Aufnahmedatum des Patienten	

## Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

	JA	NEIN
Temperatur > 38°C: _____		
Haben Sie unklare Allgemeinsymptome oder akute Symptome, die die Atmung betreffen?		
Leiden Sie unter unklaren NEU AUFGETRETENEN Kopfschmerzen, Verlust des Geruchs-/Geschmacksempfindens oder akuten Magen- / Darmbeschwerden?		
Sind Sie innerhalb der letzten 14 Tage aus dem Ausland eingereist?		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem COVID19 Fall?		
Wurden Sie gegen COVID geimpft? Datum der 2. Impfung: _____		
Testnachweis / Genesenennachweis gesehen (Kürzel MA: _____)		

**Für Besucher gilt die Besuchszeit Mo. - Fr. zwischen 15 und 18 Uhr, Sa. und So. zwischen 10 und 16 Uhr (1 Stunde pro Besuch). Besucher müssen Covid-genesen (längstens 6 Monate), vollständig gegen Covid geimpft (+14 Tage) sein oder einen tagesaktuellen negativen Anti-Gen-Schnelltest aus einem Testzentrum oder einer Apotheke (kein Selbsttest) vorweisen.**

Die vorstehenden Daten werden durch das Krankenhaus für die Dauer von 1 Monat ab dem Besuch (geschützt vor Einsichtnahme durch Dritte) für die zuständigen Behörden vorgehalten. Nach Aufforderung an die Behörde werden die Daten übermittelt. Die Art. 13, 15, 18 und 20 DSGVO zur Informationspflicht und zum Recht auf Auskunft zu personenbezogenen Daten finden keine Anwendung. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie die in den Asklepios Schwalm-Eder-Kliniken geltenden Hygieneregeln zur Kenntnis genommen haben und diese einhalten.

Vorstehende Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen

Datum, Unterschrift Besucher/in