

Corona – Besucherauskunft

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, bei allen Besuchern die Kontaktdaten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer) unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu erheben und für eine Frist von einem Monat aufzubewahren. Die erhobenen Daten werden zum Zwecke der Nachverfolgbarkeit einer möglichen Infektionskette gespeichert und bei Anfrage oder Verdacht einer Erkrankung an die zuständigen Behörden weitergeleitet. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist werden die Daten unverzüglich vernichtet. Aufgrund dessen, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten und Ihre Kontaktdaten zu hinterlassen. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Rechtsgrundlagen:

Corona-Bekämpfungsverordnung Rheinland-Pfalz in ihrer jeweils aktuellen Version in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 lit. c. DSGVO und § 22 Abs. 1 (1) lit. c BDSG.“

1. Haben Sie Symptome eines möglichen Atemwegsinfektes (Husten, Schnupfen, Fieber, Durchfall) oder empfinden einen Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinns?
 Ja Nein
2. Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem Menschen, bei dem das neue Corona-Virus (COVID-19) nachgewiesen wurde?
 Ja Nein
3. Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem vom RKI ausgewiesenen Risikogebiet, Hochinzidenzgebiet oder Virusvariantengebiet?
 Ja Nein
4. Besteht bei Ihnen aktuell eine Quarantäneauflage?
 Ja Nein
5. Steht bei Ihnen ein Covid Testergebnis aus?
 Ja Nein

Falls eine Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, melden Sie sich bitte vor Betreten des Krankenhauses direkt beim Krankenhauspersonal.

6. Wen oder welche Praxis möchten Sie besuchen?
 Stationärer Patient Vor- und Nachname: _____ Zimmer-Nr.: ____

3G Kontrolle bei Besuchern: (entsprechendes Dokument ist vorzuzeigen)

vollständig geimpft genesen getestet: Vorlage aktueller Schnelltest

Notfallambulanz Ärztliche Bereitschaftspraxis Schlaf-Atem-Zentrum

Neurochirurgische Praxis – PD Dr. med. R. Filippi

Urologische Praxis – Dr. med. A. Brauers Sonstige: _____

Ihre Kontaktdaten:

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Tel/Mobil.: _____

Datum

Uhrzeit

Unterschrift