

Besucherschein

Bitte leserlich in Druckschrift ausfüllen und unterschreiben!

Patientennachname		
Patientenvorname		Station

Besucherdaten Besucher 1

Nachname, Vorname		
Anschrift		
Telefonnummer		Datum/Eintrittszeit

Sind Sie oder eine in Ihrem Haushalt lebende Person in den letzten 14 Tagen aus einem Risikogebiet zurückgekehrt?

Ja **Nein**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Haben Sie Fieber, Husten, Atemnot, Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn, Durchfall, Halsschmerzen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Besucherdaten Besucher 2

Nachname, Vorname		
Anschrift		
Telefonnummer		Datum/Eintrittszeit

Sind Sie oder eine in Ihrem Haushalt lebende Person in den letzten 14 Tagen aus einem Risikogebiet zurückgekehrt?

Ja **Nein**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Haben Sie Fieber, Husten, Atemnot, Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn, Durchfall, Halsschmerzen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Als Besucher versichere ich hiermit, dass mir geltenden Hygienerichtlinien bekannt sind und von mir eingehalten werden. Mit der Datenverarbeitung der anfallenden Gesundheitsdaten gem. Art. 9 Abs. 2 lit. i Datenschutzgrundverordnung erkläre ich mich einverstanden. Ich erkläre mich, falls notwendig, mit einer Kontaktaufnahme, einverstanden.