

BESUCHER-SCHEIN

Bitte leserlich in Druckschrift ausfüllen und unterschreiben.

Nachname		
Vorname		
Telefonnummer		
Name des besuchten Patienten	Nachname	Vorname
Besuchsdauer	von	bis

Bitte melden Sie sich vor Betreten des Patientenzimmers am Stationsstützpunkt.

Als Besucher versichere ich hiermit:

- dass ich frei von Krankheitssymptomen (Bsp. Fieber, Husten, weitere Erkältungssymptome, etc.) bin,
- dass ich keinen Kontakt zu einem Covid-Patienten oder einem Covid-Verdachtsfall hatte,

Datum, Unterschrift Besucher	
------------------------------	--

Folgender Nachweis lag vor:

- negatives Testergebnis einer offiziellen Stelle (maximal 24 Stunden alt)
- amtlicher Nachweis »Genesen«
- Impfnachweis (mindestens 14 Tage alt)

Informationspflichten nach Art. 13 DSGVO bei der Verarbeitung personenbezogener Daten von Besuchern

Zweck: Gewährleistung einer ggf. notwendigen Kontaktverfolgung | Rechtsgrundlage: 15. Verordnung zur Anpassung der Verordnungen zur Bekämpfung des Corona-Virus vom 01.07.2020 | Speicherdauer: max. 30 Tage | Verantwortlicher: Alice-Hospital, Dieburger Str. 31, 64287 Darmstadt | Kontaktdaten Datenschutzbeauftragter: Datenschutzbeauftragter des Alice-Hospitals Dr. Jörg Vetter, joerg.vetter@alice-hospital.de | Weitere Hinweise www.alice-hospital.de

