

Patient: _____
(Name, Vorname)

Besucher: _____
(Name, Vorname)

Telefonnummer: _____
(Besucher)

Adresse: _____
(Besucher)

Wir bitten Sie um folgende Angaben:

Leiden Sie an einer akuten Atemwegserkrankung?

ja nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einer Region, in der ein erhöhtes Infektionsgeschehen bekannt ist bzw. die als ausgewiesenes Risikogebiet gilt?

ja nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer COVID-19-erkrankten Person?

ja nein

Wenn Sie eine der drei Fragen mit ja beantwortet haben, muss Ihnen entsprechend der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes der Besuch im Klinikum verwehrt werden.

Ort, Datum, Unterschrift des Besuchers

Entsprechend der Datenschutzgrundverordnung wird das Dokument nach vier Wochen vernichtet. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten entnehmen Sie bitte dem Aushang am Empfang oder auf unserer Internetseite unter www.klinikum-saalekreis.de