

## Datenblatt Besucherangaben

für Besucher zur Erhebung der personenbezogenen Daten  
zur Nachverfolgung eventueller Infektionen mit COVID-19

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Eine Besuchsmöglichkeit besteht nur, wenn alle Punkte ausgefüllt sind bzw. angekreuzt werden können.

Vorname, Name des Besuchers: \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Besuchers: \_\_\_\_\_

Straße des Besuchers: \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort des Besuchers: \_\_\_\_\_

**Vorname, Name des Patienten:** \_\_\_\_\_

Besuchsdatum/Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Ich bin nicht mit COVID-19 infiziert.

Ich bestätige, dass ich zurzeit und in den letzten 14 Tagen keine der nachfolgenden Krankheitsmerkmale hatte:

- fieberhafter Infekt
- grippale Symptome

Keinen Aufenthalt in einem Corona-Risikogebiet innerhalb der letzten 14 Tage hatte.

Ich bestätige, dass ich nicht in Kontakt zu einer COVID-19 infizierten Person stehe oder seit dem Kontakt mit einer COVID-19 infizierten Person 14 Tage vergangen sind.

Ich verpflichte mich, folgende Hygienemaßnahmen einzuhalten:

- (1) Vor Betreten der Station und nach Verlassen der Station sind die Hände zu desinfizieren.
- (2) Ein Mund-Nasen-Bedeckung ist während der gesamten Anwesenheitszeit im Klinikum zu tragen.
- (3) Händeschütteln oder anderer körperlicher Kontakt mit Patienten oder Personal ist zu unterlassen.
- (4) Im Patientenzimmer ist zu allen Personen der Mindestabstand (1,5 m) zu wahren.
- (5) Besuchszeit von maximal 1 Stunde.

Die aktuelle Besuchsregelung habe ich zur Kenntnis genommen.

Die Erhebung und Speicherung Ihres Namens, Ihrer Telefonnummer dient dem Zweck der Nachverfolgung von eventuellen Infektionsketten von COVID-19. Ihre Daten werden geschützt vor Einsichtnahme von Dritten erhoben und für die Dauer von einem Monat nach dem Ende Ihres Besuchs für die zuständigen Behörden vorgehalten (§§16, 25 IfSG). Danach erfolgt eine datenschutzgerechte Vernichtung dieses Fragebogens. Auf Anforderung sind Ihre Daten an die zuständigen Behörden zu übermitteln. Eine Verarbeitung zu anderen Zwecken ist unzulässig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucher

Ihr Team der Hufeland Klinikum GmbH