

BESUCHER – CHECK-IN (Kontaktbogen)

(Besucherregelung, Stand 25. November 2021)

Besuchszeit: Datum:	Anfang:	Ende:
Name, Vorname Patient Geburtsdatum + Station (Zimmer)		

➔ **! Testnachweis < 24 Stunden** !

Persönliche Daten Besucher

Name, Vorname:	
Wohnanschrift:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer:	

Bitte ankreuzen und Nachweise zur Vorlage mitbringen:

Ich bin vollständig geimpft (ab 14 Tage nach der zweiten Impfung, bei Johnson & Johnson ab 28 Tage nach der Impfung) Nein Ja
(Vorlage des Impfausweises):

Ich bin genesen (28 Tage bis maximal 6 Monate nach positivem PCR Test): Nein Ja
(Vorlage der Genesungsbescheinigung)

Ich bin negativ getestet (**max. 24 Stunden** nach negativem Schnelltest): Nein Ja
(Bescheinigung des Testergebnisses einer offiziellen Teststelle.

Selbsttest oder Eigenbescheinigung sind nicht zulässig)

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

Hiermit bestätige ich, dass ich keine Auflagen zur Absonderung i.S. § 30 Infektionsschutzgesetz habe („Quarantäne“) und keine typischen COVID-19-Symptome aufweise

Mir ist bekannt, dass Falschangaben ein Verstoß gegen das Infektionsschutzgesetz und strafbewährt sind und nachverfolgt werden können.

Ihre vollständigen Angaben dienen der Kontaktnachverfolgung im Falle eines Infektionsgeschehens im Zusammenhang mit SARS-COV-2. Wir sind zur Erhebung dieser Daten durch das gesetzlich festgelegte Meldewesen nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) verpflichtet.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben zu meinem Gesundheitszustand und bestätige die allgemeinen Hygieneanweisungen verstanden zu haben. Ich habe keine weiteren Fragen.

Dernbach, den _____ Unterschrift _____

Datenschutzhinweis:

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. So behandeln wir Ihre personenbezogenen Daten selbstverständlich stets entsprechend der aktuellen gesetzlichen Datenschutzvorschriften.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Erneuter Besuch am:

Datum	Uhrzeit	Testnachweis > 24 h erbracht
		<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Ja