

Besucherregistrierung

Angaben zum Besucher

Name, Vorname: _____

Anschrift: Straße _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefonische Erreichbarkeit: _____

Datum/Uhrzeit des Besuches: _____

Angaben zum Patienten

Name, Vorname: _____

Station / Zimmer: _____

Angaben zu Zutrittsvoraussetzungen (bitte ankreuzen und jeweils ausfüllen)

Genauere Vorgaben zu den einzelnen Optionen entnehmen Sie bitte aktuell der Homepage

- Genesen:**
Datum bestätigter PCR-Test _____
- Geimpft:**
Vollständiger Impfschutz seit _____
- Getestet:**
Datum / Uhrzeit des Tests _____

Ich erkläre, dass ich derzeit und innerhalb der letzten 14 Tage

1. keinen direkten Kontakt zu Covid-19 erkrankten Personen habe oder hatte.
2. keinen fieberhaften Atemwegsinfekt habe oder hatte.
3. nicht an Covid-19 erkrankt bin.

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass das Tragen einer FFP2 Maske während meines Besuchs erforderlich ist.

Datum / Unterschrift Besucher

wird vom Klinikum Glauchau ausgefüllt
Bestätigung Zutrittsvoraussetzungen
Stempel / Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden von uns verwendet, um im Falle des Auftretens von Covid-19 Erkrankungen die geeigneten Maßnahmen zu treffen, um eine weitere Ausbreitung der Infektion zu verhindern. Bei Auftreten von Covid-19 Erkrankungen werden die Daten an die zuständigen Gesundheitsbehörden weitergegeben. Die Daten werden von uns nach einem Zeitraum von 3 Wochen vernichtet. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten.