

Besuchsformular

Bitte leserlich in Druckschrift ausfüllen und unterschreiben.

Nachname, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Tel.-Nr.

E-Mail (optional)

Besuch von Patient/-in (Nachname, Vorname)

Besuch auf Station

Datum des Besuchs

**Bitte haben Sie Verständnis,
dass ein Besuch von Covid-/
Covidverdachts-Patient/-innen
NICHT möglich ist!**

Bitte melden Sie sich vor dem Betreten des Patientenzimmers an der Stationsanmeldung und begrenzen Sie Ihren Besuch auf maximal eine Stunde!

Checkliste COVID-19

1. Haben Sie Fieber?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie trockenen Husten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Haben Sie Atemnot?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Verspüren Sie Abgeschlagenheit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Muskel-/Gliederschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Haben Sie Kopfschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Haben Sie Schnupfen (kein allergischer Schnupfen)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8. Haben Sie Veränderungen oder einen Verlust des Geschmacks- und Geruchsempfindens?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem noch nicht bestätigten Verdachtsfall oder einem positivem Fall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10. Sind Sie in den vergangenen 14 Tagen von einer Auslandsreise zurückgekehrt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Als Besucher/-in versichere ich hiermit, für den oben genannten Patienten/die oben genannte Patientin die heute einzige genehmigte Besuchsperson zu sein. Die geltenden Hygienerichtlinien sind mir bekannt und werden von mir eingehalten. Ich versichere weiterhin, keine Kenntnis einer möglichen Covid-Infektion meiner Person zu haben.

Datum, Unterschrift Besucher/-in

Datum, Unterschrift Mitarbeiter/-in

Informationen gem. Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) zur Datenverarbeitung

Verantwortlicher:

BG Klinikum Duisburg gGmbH
Geschäftsführung
Großenbaumer Allee 250
47249 Duisburg

Datenschutzbeauftragte:

BG Klinikum Duisburg gGmbH
Datenschutzbeauftragte
Großenbaumer Allee 250
47249 Duisburg

E-Mail: datenschutzbeauftragter@bg-klinikum-duisburg.de

Wir sind gesetzlich verpflichtet, Ihre Kontaktdaten (Vor- und Nachname, Anschrift, Telefonnummer) sowie eine Abfrage auf Symptome einer SARS-CoV-2-Infektion zu erheben, um die Kontaktnachverfolgbarkeit bei möglichen Covid-19 Infektionen sicherzustellen. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 lit. c DS-GVO i.V.m. § 32 S. 1, 28 Abs. 1 Satz 1 und 2 IfSG und § 5 Abs. 2 Punkt 1 CoronaSchVO NRW.

Die Kontaktdaten sind auf Verlangen an die Gesundheitsämter zu übermitteln, wenn dies für deren Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

Die Daten werden für die Dauer von einem Monat gespeichert und danach unwiederbringlich gelöscht, wenn keine anderen Aufbewahrungspflichten (z.B. nach dem Bundesmeldegesetz) bestehen.

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, wenn die Voraussetzungen dafür vorliegen. Zudem besteht ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde (Bundes- oder Landesdatenschutzbeauftragter).

Da wir gesetzlich verpflichtet sind, Ihre Kontaktdaten zu erheben, müssen wir Ihnen den Zutritt zu unserer Klinik verwehren, wenn Sie Ihre Daten nicht angeben.