

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

Formular für Besuchs-/Begleitpersonen

Bitte leserlich in Druckschrift ausfüllen und unterschreiben.

Nachname, Vorname		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Wohnort		
Kontakt	Tel.-Nr.	E-Mail (optional)
Besuch/Begleitung von Patient/-in	Nachname	Vorname
Besuch auf Station/Bereich, Datum des Besuchs	Station/Bereich	Datum des Besuchs

Für Besuchspersonen: 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 und/oder Atemnot?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Verspüren Sie Abgeschlagenheit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Durchfall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Muskel-/Gliederschmerzen und/oder Kopfschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Haben Sie Schnupfen (kein allergischer Schnupfen)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Haben Sie Veränderungen oder einen Verlust des Geschmacks- und Geruchsempfindens?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem noch nicht bestätigten Verdachtsfall oder einem positiven Fall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Als Besuchsperson versichere ich hiermit, für den oben genannten Patienten/die oben genannte Patientin die heute einzige genehmigte Besuchsperson zu sein. Als Besuchs-/Begleitperson sind mir die geltenden Hygienerichtlinien 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

Hinweise zum Datenschutz

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

Verantwortlicher:

Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum
Bergmannsheil gGmbH
Geschäftsführung
Bürkle de la Camp-Platz 1
44789 Bochum

Datenschutzbeauftragter:

Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum
Bergmannsheil gGmbH
Datenschutzbeauftragter
Bürkle de la Camp-Platz 1
44789 Bochum

Telefon 0234 / 302-6936
E-Mail: datenschutz@bergmannsheil.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.