

Zugangserfassungsbogen



KERCKHOFF
KLINIK

Hinweis:

Wir sind nach der Corona-Einrichtungsschutzverordnung des Landes Hessen verpflichtet, Name, Anschrift und Telefonnummer oder E-Mail-Adresse sowie die Besuchszeit jeder Besucherin und jedes Besuchers zu erfassen und die Daten für die Dauer eines Monats ab dem Besuch geschützt vor Einsichtnahme durch Dritte für die zuständigen Behörden vorzuhalten und auf Aufforderung an diese zu übermitteln sowie unverzüglich nach Ablauf der Frist sicher und datenschutzkonform zu löschen oder zu vernichten.

Die Bestimmungen der Art. 13, 15, 18 und 20 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) vom 27. April 2016 (ABl. EU Nr. L 119 S. 1, Nr. L 314 S. 72, 2018 Nr. L 127 S. 2) zur Informationspflicht und zum Recht auf Auskunft zu personenbezogenen Daten finden keine Anwendung.

Datum _____ Uhrzeit _____ :

Nachname _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____

Telefonnummer _____ / _____ E-Mail-Adresse _____

stationäre(r) PatientIn FFP-2

ambulante(r) PatientIn 2/3 G (Seite 2) FFP-2

Begleitperson 2 G (Seite 2) > nicht 2 G Rücksprache Station
Besucher
Empfangsbereich

zur Aufrechterhaltung 3 G (Seite 2) > nicht geimpft: FFP-2
des Betriebes erforderliche Dritte

Haben Sie *oder Angehörige ihres Hausstandes* Krankheitssymptome für COVID-19, insbesondere Fieber, Atembeschwerden oder trockenen Husten?
(nicht durch eine chronische Erkrankung verursacht)

Ja Nein

Haben Sie *oder Angehörige Ihres Hausstandes* kürzlich einen Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns bemerkt?

Ja Nein

Befindet sich ein Angehöriger Ihres Hausstandes aktuell in häuslicher Quarantäne?

Ja Nein

Standen Sie in den letzten 14 Tagen mit einer am SARS-CoV-2-Virus erkrankten Person in Kontakt?

Ja Nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen mit einer Person in Kontakt, die sich in Quarantäne befindet oder befunden hat?

Ja Nein

Patientenbesuch bei

Nachname _____ Vorname _____

Station/Einrichtung _____

Statusabfrage Geimpft / Genesen / Getestet für

ambulante(r) PatientIn (2/3G) Begleitperson/Besucher/Empfangsbereich (2G) Sonstige Dritte (3G)

Ein **Impfnachweis** wurde vorgelegt.

Ja *Ein Impfnachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens einer vollständigen Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2, bei der die letzte erforderliche Einzelimpfung mindestens 14 Tage zurückliegt oder bei einer genesenen Person aus einer verabreichten Impfdosis besteht.*

Unterschrift Mitarbeiter*in

Ein **Genesungsnachweis** wurde vorgelegt.

Ja *Ein Genesungsnachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens einer vorherigen Infektion mit SARS-CoV-2 bei Testung durch eine Labordiagnostik durch Nukleinsäurenachweis, der mindestens 28 Tage sowie maximal sechs Monate zurückliegt*

Unterschrift Mitarbeiter*in

Ein **negatives Schnelltestergebnis** wurde vorgelegt

Ja *(Das Ergebnis des Schnelltests darf maximal 24 Stunden alt sein)*

Unterschrift Mitarbeiter*in

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Ich bestätige, sowohl in das Informationsblatt zum Datenschutz als auch in das Informationsblatt zu den Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen Einsicht genommen zu haben. Mir wurden diese auch zur Mitnahme angeboten. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und verpflichte mich, diese zu befolgen.

Unterschrift

Es steht Ihnen frei, Angaben auf diesem Formular bzw. eine Unterzeichnung dieses Formulars zu verweigern. In diesem Fall behalten wir uns vor, von unserem Hausrecht Gebrauch zu machen und Ihnen den Zutritt zu verweigern.