

Besucherbogen

Welchen Patienten /Patientin möchten Sie besuchen?

Name, Vorname: _____

Station: _____

Um ggf. Infektionsketten zurück verfolgen zu können, müssen wir Sie bitten, Ihre Kontaktdaten zu hinterlassen:

<u>Name, Vorname</u>	<u>Adresse (Straße, Wohnort, PLZ, Tel.)</u>	<u>Beginn der Besuchszeit</u>	<u>Ende der Besuchszeit</u>

Bei Betreten des Krankenhauses erhalten Sie von uns ein Armbändchen. Dieses Bändchen wird bei Verlassen entfernt – diese Vorgehensweise vereinfacht uns die Kontrolle der Besuchszeiten.

Bitte beantworten Sie uns nachfolgend aufgeführte Fragen:

- Hatten Sie in den letzten **14 Tagen** grippeähnliche Symptome wie Husten, Fieber, Durchfall/Erbrechen, Kopf- und Gliederschmerzen, infektbedingte Atemnot, Abgeschlagenheit/Müdigkeit? ja nein
- Hatten Sie in den letzten **14 Tagen** Geruchs- und/oder Geschmacksstörungen? ja nein
- Hatten Sie in den letzten **14 Tagen** Kontakt mit einer COVID-19 positiv getesteten Person? ja nein
- Sind Sie in den letzten **5 Tagen** von einem Auslandsurlaub zurückgekehrt? ja nein
- Wenn ja, wohin? Land: _____
- Hatten Sie in den letzten **14 Tagen** engen Kontakt zu einem Urlaubsrückkehrer (Ausland)? ja nein
- Haben Sie einen vorhandenen COVID-19 Test (Ergebnis muss vorliegen) und darf nicht älter als **2 Tage** sein! ja positiv nein
 ja negativ

Temperaturmessung: _____ °C

Wenn Temperatur >37,9 °C ist der Einlass ins Krankenhaus untersagt und es sollte der Hausarzt telefonisch kontaktiert werden.



Allgemeine Hinweise:

Es gelten weiterhin die allgemeinen Vorgaben der Abstandsregelung und das Tragen des Mund-Nasenschutzes, auch in den Patientenzimmern.

Hinweise zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt im Rahmen gesetzlicher Vorgaben (*Niedersächsische Verordnung über infektionsschützende Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Corona-Virus vom 19.05.2020 – Nds. GVBL. Nr. 16/2020*). Grundsätzlich erfolgt keine Weitergabe an Dritte. Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind. Hierunter fällt ausschließlich die Weitergabe an das zuständige Gesundheitsamt bei ggf. notwendiger Zurückverfolgung von Infektionsketten.

Die erfassten Daten müssen drei Wochen gespeichert werden. Nach einem Monat werden die Daten, ohne dass es Ihrer Aufforderung bedarf, gelöscht.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist:

*Krankenhaus Wittmund gGmbH
Dohuser Weg 10 26409 Wittmund
04462 / 86-2130
datenschutz@kh-wtm.de*

Hiermit willige ich ein, dass ich die Hinweise zum Datenschutz gelesen habe. Ich bin mit der Erfassung meiner Daten einverstanden. Ich bestätige, dass die oben genannten Angaben korrekt angegeben wurden.

Datum

Unterschrift