

Name des besuchten Patienten: _____

Patientenbesuche

Verpflichtende Selbsterklärung /Einwilligung Datenverarbeitung

Diese Erklärung ist Voraussetzung für den Zutritt von Besuchern in der Fachklinik St. Hedwig Illingen.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen durch ein Kreuz bei Ja oder Nein:

	Ja	Nein
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem COVID-19 (Coronavirus)-Risikogebiet? (aktuelle Liste siehe www.rki.de)		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit Personen, die sich in einem Coronavirus-Risikogebiet aufgehalten haben?		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit Coronavirus-Erkrankten?		
Haben Sie grippeähnliche Symptome (Fieber, Husten, Atembeschwerden)?		

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen gelesen, verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Durch meine Unterschrift bestätige ich ebenfalls, dass ich die umseitigen **Regeln akzeptiere** und die Klinik mich **bei Verstoß** von weiteren **Besuchen ausschließen** darf.

Ich bin damit einverstanden, dass die Fachklinik St. Hedwig als Besucher folgende Informationen von mir registriert/speichert:

Beginn Besuch: _____ Ende Besuch: _____
Uhrzeit Uhrzeit

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer _____

Die Fachklinik St. Hedwig stellt sicher, dass 4 Wochen nach meinem Besuch in der Fachklinik St. Hedwig meine Daten gelöscht werden. Die Nutzung der Daten erfolgt ausschließlich zur Nachverfolgung von Infektionsketten im Rahmen der Pandemiebekämpfung.

Widerrufsrecht

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenverarbeitung statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Klinikträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Durch meine Unterschrift bestätige ich ebenfalls, dass ich die umseitigen **Regeln akzeptiere** und die Klinik mich **bei Verstoß** von weiteren **Besuchen ausschließen** darf.

Datum

Unterschrift Besucher

Wichtiger Hinweis:

Sehr geehrte Besucher,

wir bitten um die Einhaltung folgender Regeln:



Händedesinfektion

Desinfizieren Sie Ihre Hände beim Betreten und Verlassen unserer Reha-Fachklinik.



FFP 2 Maske

Tragen Sie während Ihres gesamten Aufenthaltes in unserer Einrichtung eine korrekt sitzende FFP 2 Maske.



Mindestabstand

Halten Sie sich an den Mindestabstand von 1.5 bis 2 Metern zu anderen Personen, einschließlich Ihres Angehörigen.



Hygiene-Etikette

Beachten Sie die Hygieneetikette und niesen oder husten Sie in die Armbeuge.

Wir weisen darauf hin, dass wir **bei Verstoß** gegen die AHA-Regeln zum Schutze Anderer von unserem **Hausrecht** Gebrauch machen werden und Sie von **weiteren Besuchen ausschließen**.

Vielen Dank für Ihr Verständnis
Die Klinikleitung



Von dem Klinikmitarbeiter auszufüllen:

	Ja	nein
Bestätigung negativer Antigen-Schnelltest (nicht älter als 24 h) lag vor		
Bestätigung über vollständige Impfung (Nachweis über Impfbuch) lag vor		
Ärztliche Bestätigung dass Besucher von Sars Cov 2 Genesener gilt lag vor		

Illingen,

Ort, Datum

Unterschrift Klinikmitarbeiter