

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.

Datum

Unterschrift Besucher

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

Beginn Besuch: _____
Uhrzeit

Ende Besuch: _____
Uhrzeit

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer _____

Die Fachklinik St. Hedwig stellt sicher, dass 2 Monate 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.

Datum

Unterschrift Besucher