

Kontaktdaten und Datenschutzhinweis

Angabe meiner persönlichen Daten:

Name, Vorname

Telefonnummer

Strasse / Hausnummer (*freiwillige Angabe)

ich bin volljährig

Postleitzahl / Wohnort (*freiwillige Angabe)

Ich bin

Begleitperson

Dolmetscher/in

Patient/in für die elektive Aufnahme

Besucher und möchte zu

Name

Station / Abteilung

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

ja nein

Ich hatte in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an Covid-19 erkrankt ist

Ich habe aktuell oder hatte in den vergangenen Tagen Anzeichen einer Erkältung oder eines grippalen Infektes mit einem der folgenden Symptome wie z.B. Fieber, Husten, Kopf-, Glieder- oder Halsschmerzen

Mein Geschmacks- und / oder mein Geruchssinn sind zurzeit beeinträchtigt

- !** Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich den mir ausgehändigten Besucherausweis sichtbar während meines Aufenthaltes im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide tragen **■** muss und werde diesen mit Verlassen des Klinikums dem Security Personal zurückgeben.

Hinweis zur Datenverarbeitung

Besucherdaten werden auf Rechtsgrundlage §8 der Corona-Verordnung und den dazugehörigen Besuchsregeln erfasst.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Datum, Unterschrift

dieser Teil wird vom Klinikum Bremerhaven Reinkenheide ausgefüllt

Uhr
Betreten des Klinikums

Uhr
Verlassen des Klinikums

Besucherausweis ausgehändigt

Besucherausweis zurückerhalten