

Selbstauskunft für Besucher

Coronavirus (SARS-CoV-2, COVID 19)



Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

im Rahmen der Besuchsregelung in der KLINIK BAVARIA ist das Ausfüllen der nachfolgenden Selbstauskunft mit verbindlichen Hinweisen für Ihren Besuch erforderlich.

Diese dient im Rahmen der Schutzmaßnahmen der Sicherheit Ihrerseits, dem zu besuchenden Patienten und dem Personal sowie der Nachvollziehbarkeit bei neu auftretenden Infektionen.

Besucherdaten

Name, Vorname	
Geburtsdatum *	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	
Telefonnummer * (bei Änderungen)	
Besuchstag	
Name, Vorname der/des besuchten Patient(in)	

* freiwillige Angabe

Bitte beantworten Sie nachfolgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß

1. Haben Sie sich in den letzten vier Wochen in einem internationalen COVID-19-Risikogebiet oder besonders betroffenem Gebiet in Deutschland aufgehalten?

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html)

ja

nein

2. Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage mit einem COVID-19-Verdachtsfall, erkrankte bzw. bestätigte COVID-19-Person Kontakt?

ja

nein

3. Haben Sie aktuell Erkältungssymptome oder/und Fieber und/oder Atemwegsprobleme oder andere grippeähnliche Symptome?

ja

nein

4. Sind Sie beruflich oder sonstig in einer Klinik, Arztpraxis, Seniorenheim oder ähnlichen Einrichtung tätig?

ja

nein

5. Kommen Sie aus einem Risikogebiet (kumulativ 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnern innerhalb der letzten 7 Tage)?

Hinweis: Aufgrund der Sächsischen Corona-Schutz Verordnung ist bei einer Anreise aus Risikogebieten (kumulativ 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnern innerhalb der letzten 7 Tage) ein offizieller Test mitzuführen, welcher bei der Überprüfung auf eine Infektion mit dem Coronavirus negativ ausgefallen ist und nicht älter als zwei Tage ist.

ja

nein

Sollten Sie die Fragen 1, 2 oder 3 mit „Ja“ bestätigt haben, ist ein Besuch in der KLINIK BAVARIA nicht möglich.

Selbstauskunft für Besucher

Coronavirus (SARS-CoV-2, COVID 19)



Folgende Hygienemaßnahmen sind zu befolgen:

- Mindestabstand von 1,5 Meter zu Personen
- Tragen eines Mundschutzes (von der Klinik gestellt)
- Händedesinfektion vor und nach dem Klinikaufenthalt
- Aufenthalt nur in den zugewiesenen Bereichen
- Begrenzung der Besuchszeit auf 60 Minuten
- Anweisungen des Klinikpersonals ist Folge zu leisten

Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Speicherung von Besucherdaten

Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	

Um notwendige und erforderliche Schutzmaßnahmen im Rahmen der Corona Pandemie umzusetzen und neu auftretende Infektionen verfolgen zu können, erhebt und speichert die Klinik Bavaria im Rahmen der Durchführung der Besuchsregelung der Sächsischen-Corona-Schutzverordnung (SächsCoronaSchVO) Daten in Form eines Selbstauskunftsbogens ihrer Besucher.

Für diese Zwecke erlaube ich der KLINIK BAVARIA alle zur Durchführung der Besuchsregelung über mich erhobenen und gespeicherten Daten einschließlich der Angaben zu meiner Person zu erheben, zu speichern und im Bedarfsfalle an die staatlich oder behördlich beauftragten Stellen weiterzuleiten.

Ich willige ein, dass die KLINIK BAVARIA meine personenbezogenen Daten, die ich im Rahmen der Besuchsregelung mitgeteilt habe (zum Beispiel Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, Patientennamen) auch über das Ende der konkreten Besucherregelung hinaus speichert und die hierfür erhobenen Daten in der Patientenakte des besuchten Patienten ablegt.

Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Diese Einwilligung ist freiwillig und hat keine Auswirkungen auf die Erfüllung meines Besuchswunsches. Ich kann sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass ich deswegen Nachteile zu befürchten habe. Ich kann meine Einwilligung zudem jederzeit widerrufen; in diesem Fall werden meine Daten nach Abschluss der Besucherregelung unverzüglich gelöscht.

Im Fall der Nichterteilung oder des Widerrufs der Einwilligung kann zum Schutz und der Sicherheit der Patienten ein Besuchstermin allerdings nicht in der vorliegenden Form berücksichtigt werden.

Mir der hier geschilderten Vorgehensweise bin ich einverstanden und bestätige dies durch meine nachfolgende Unterschrift.

Datum

Unterschrift Besucher

Haftungsfreistellung Patientenbesuche

Coronavirus (SARS-CoV-2, COVID 19)



Besucherdaten

Name, Vorname	
Geburtsdatum *	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	
Telefonnummer *	
Besuchstag	
Name, Vorname der/des besuchten Patienten(in)	

* freiwillige Angabe

Haftungsfreistellung/Einwilligungserklärung

Die Infizierung mit SARS-CoV-2 birgt für Personen ab 60 Jahren oder/und mit Vorerkrankungen ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Dem bin ich mir mit Betreten des Klinikgeländes bewusst. Auch unter Einhaltung der erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen besteht die Möglichkeit sich während des Besuches mit SARS-CoV-2 zu infizieren. Dieses Risiko gehe ich ein.

Datum

Unterschrift