

Covid-19 Besucherformular

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

aufgrund der aktuellen Covid-19-Pandemie ist es erforderlich, dass alle Besucherinnen und Besucher im Vorfeld einige Angaben zu ihrer Person machen. Dies gibt Ihnen, unseren Patiententinnen und Patienten und unseren Beschäftigten die Sicherheit, eine weitere Ausbreitung des Virus zu vermeiden.

Die Rechtsgrundlage für die Erhebung der Daten ist die Verordnung zum Schutz vor Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronaverordnung) der Freien Hansestadt Bremen, in der jeweils aktuellen Fassung.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Unterstützung!

(Bitte legen Sie uns Ihren Lichtbildausweis zur Verifizierung der Daten vor.)

BESUCHERDATEN

Datum des Besuches:

Name, Vorname:

Adresse (Straße, PLZ, Wohnort)*:

Telefon:

Name, Vorname des besuchten Patienten:

Station:

Bitte beantworten Sie außerdem die folgenden Fragen:

	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an Covid-19 erkrankt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen aktuell oder in den vergangenen Tagen Anzeichen einer Erkältung oder eines grippalen Infektes aufgetreten mit einem der folgenden Symptome, wie z.B. Husten, Fieber, Halsschmerzen, Abgeschlagenheit oder Kopf- und Gliederschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist zurzeit Ihr Geruchs- und / oder Geschmackssinn beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperaturmessung: Grad Celsius		

- Ich verpflichte mich, die geltenden Hygieneregeln (Tragen einer FFP2-Maske), Händedesinfektion, Mindestabstandsregelung, Verzicht auf Körperkontakt) zu befolgen und einzuhalten.

Wir sind verpflichtet die Daten auf begründeten Antrag an das zuständige Gesundheitsamt zur Kontaktnachverfolgung, im Rahmen der Corona-Pandemie, herauszugeben. Nach vier Wochen erfolgt eine datenschutzgerechte Vernichtung der Daten.

Datum und Unterschrift Besucher/-in

Datum und Unterschrift Mitarbeiter/in Empfang

* freiwillige Angabe