

Kontaktdaten und Datenschutzhinweis

Ich bin

- Begleitperson Dolmetscher/in Patient/in für die elektive Aufnahme
von Patient/in

Name

Station

- Besucher und möchte zu

Name

Station / Abteilung

Name, Vorname

Telefonnummer

Strasse / Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl / Wohnort

Ich habe / hatte derzeit bzw. während der vergangenen 14 Tage kein(e) / keinen:

- Husten, Fieber, Kopf- oder Gliederschmerzen, infektionsbedingte Atemnot
- Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten oder positiv getesteten Person

- ! 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

Ihre Daten werden ausschliesslich zur Rückverfolgbarkeit eines Kontaktes bei einer auftretenden Corona Infektion genutzt. Die Aufbewahrungsfrist beträgt 21 Tage ab dem heutigen Datum, danach werden Ihre Daten gelöscht.

Datum, Unterschrift

dieser Teil wird vom Klinikum Bremerhaven Reinkenheide ausgefüllt

Betreten des Klinikums

Uhr

Verlassen des Klinikums

Uhr

Besucherausweis ausgehändigt

Besucherausweis zurückerhalten