

Kontaktdaten und Datenschutzhinweis

Angabe meiner persönlichen Daten:

Name, Vorname

Telefonnummer

Strasse / Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl / Wohnort

Ich bin

- Begleitperson Dolmetscher/in Patient/in für die elektive Aufnahme
- Besucher und **möchte zu**

Name

Station / Abteilung

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

- Husten, Fieber, Kopf- oder Gliederschmerzen, infektiönsbedingte 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.

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