



Besucher-Dokumentation

Besuchszeit Datum _____ in der Zeit von _____ bis _____

Besuchte:r Patient:in Name, Vorname (bitte Druckschrift!): _____

Station: _____ Zimmer: _____

Besucher:in Name, Vorname (bitte Druckschrift!): _____

Telefonnummer: _____ Email-Adresse: _____

Haben Sie einen Impfnachweis? Ja Nein

Wenn ja: Impfung 1. Termin am: _____ 2. Termin am: _____ Impfstoff: _____

Oder haben Sie eine Bescheinigung über eine Covid-19-Infektion in den letzten 6 Monaten? Ja Nein

Oder haben Sie eine Test-Bescheinigung (Schnelltest oder PCR-Test) nicht älter als 48 Std.? Ja Nein

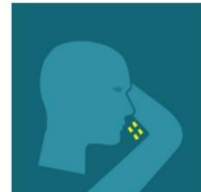
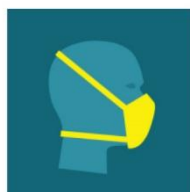
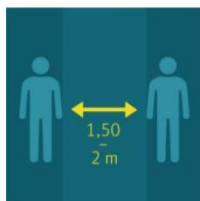
Haben Sie Fieber, Husten oder Schnupfen, bekommen Sie schlecht Luft oder können Sie nichts mehr riechen oder nichts mehr schmecken? Ja Nein

Haben Sie andere Symptome? Wenn ja: welche: _____

Hatten Sie Kontakt zu einer Person mit Corona-Infektion oder mit Verdacht auf Corona-Infektion? Ja Nein

Hatten Sie einen Aufenthalt in den letzten 2 Wochen außerhalb Ihres Wohnortes? Ja Nein

Wenn ja: Wo und wann? _____



Informationspflicht gem. §15 Gesetz über den kirchlichen Datenschutz bei der unmittelbaren Erhebung personenbezogener Daten von Besuchern: Auf Grund der gesetzlichen Vorgaben gemäß Coronaschutzverordnung NRW müssen die Kontaktdaten von Besuchern zum Zwecke einer einfachen Rückverfolgbarkeit erfasst werden. Die Speicherdauer beträgt maximal 4 Wochen, danach werden Ihre Daten wieder gelöscht.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____