cts
CaritasKlinikum
Saarbrücken

Besucherschein

Bitte leserlich in Druckschrift ausfüllen und unterschreiben.

Name _____

Vorname _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Besuch von Patient(in) Name _____

Vorname _____

Station _____

Bitte melden Sie sich vor dem Betreten des Patientenzimmers am Stationsstützpunkt!

Als Besucher versichere ich hiermit, dass mir die geltenden Hygiene- und Verhaltensregeln,

- Einhaltung des Mindestabstands / nur 1 Besucher zeitgleich im Patientenzimmer
- Das Tragen einer FFP2-Maske für die gesamte Dauer meines Aufenthaltes

bekannt sind und von mir eingehalten werden.

Ich versichere weiterhin, dass ich gesund bin (kein Fieber, kein Husten oder Erkältungssymptome) und in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu an COVID-19 erkrankten Personen gehabt habe.

Mir ist bekannt, dass der Zutritt nur über den Haupteingang möglich ist und am Eingang eine Eingangskontrolle mit Datenerfassung erfolgt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten 28 Tage aufbewahrt werden, um erforderlichenfalls die Nachverfolgung einer Infektionskette durch die Gesundheitsbehörden sicherzustellen.

_____	_____	_____
Datum	Uhrzeit	Unterschrift Besucher