

Besuchsdokumentation

Patientenangaben:

_____ Station: _____
Name, Vorname

Zimmer-Nr.: _____

Besucherangaben:

_____ Anschrift: _____
Name, Vorname Straße, PLZ, Ort

Telefonnummer

Haben oder hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Fieber > 37,8°C, allgemeine Abgeschlagenheit/Müdigkeit, Husten, Atemnot/Kurzatmigkeit, Kopf- Gliederschmerzen, Geruchs- oder Geschmacksstörungen, Schnupfen, Halsschmerzen, vorübergehenden Durchfall, Grippe oder Erkältungskrankheiten, Kontakt zu einem positiv betätigten oder Verdachtsfall von Covid-19?

ja nein

Hiermit willige ich in die Speicherung meiner oben aufgeführten personenbezogenen Daten durch das Kreisklinikum Siegen ein. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zur Einhaltung der Besucherregelungen des Kreisklinikums Siegen. Ich habe die Angaben wahrheitsgemäß und persönlich beantwortet.

Datum, Unterschrift Besucher

Vom Aufsichtspersonal auszufüllen:

Datum: _____

Eintritts-Uhrzeit: _____

Austritts-Uhrzeit: _____

Temperatur Besucher: _____