

Besuchererfassung zur Nachverfolgbarkeit eventueller Infektionsketten im Rahmen der Pandemielage Covid-19

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher!

Besuche im Krankenhaus sind erlaubt, wenn ein Konzept den Besuch im Krankenhaus regelt. Für Patienten gilt eine eingeschränkte Besuchserlaubnis, Regelungen sind an der Information zu erfragen.

Sie dürfen nur dann Patientinnen und Patienten besuchen oder Abteilungen betreten, wenn Sie **in den letzten 14 Tagen**

- keine Symptome einer möglichen Covid-19-Erkrankung wie Fieber, Husten, Schnupfen, Hals-, Kopf- und Gliederschmerzen, Verlust des Geruchssinns oder Durchfall hatten oder haben
- keinen Kontakt zu einem bestätigten Covid-19-Fall oder einem unter Quarantäne stehendem Mitmenschen hatten

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass keiner dieser Punkte auf Sie zutrifft.

Sie können vorlegen:

- Antigentest maximal 24 Std. alt oder
- PCR-Test maximal 48 Std. alt oder
- Nachweis einer vollständigen Impfung (gilt ab 14 Tage nach dem letztem Impftermin) oder
- Genesungsnachweis (positive PCR älter 14 Tage, aber max. 6 Monate alt oder ärztliche Bescheinigung der Genesung)

Für alle Besuche im Kreis Krankenhaus Freiberg gelten folgende Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen:

- Sie kommen nur einzeln zu Besuchen von Patienten
- Firmenvertreter oder andere Personen, die nicht Mitarbeiter des VGE-Verbundes sind, haben sich vorher im betreffenden Bereich telefonisch angemeldet
- Sie tragen eine medizinische Mund-Nasen-Bedeckung beim Betreten des Hauses
- Sie desinfizieren sich die Hände beim Betreten des Hauses und des Patientenzimmers
- Sie melden sich vor Betreten des Patientenzimmers beim Pflegepersonal
- Sie achten auf die Einhaltung des Mindestabstands von 1,50 Meter zu anderen

Danke für Ihre Unterstützung!

Um mögliche Infektionsketten nachvollziehbar zu machen, machen Sie bitte folgende Angaben:

Datum des Besuches: _____ **Uhrzeit:** _____

Besuchte Person: _____
Name, Vorname

Station/Bereich: _____

Besucher/in:
Name, Vorname: _____

PLZ: _____

Tel.-Nr. oder E-Mail-Adresse: _____

Es wurde vorgelegt:

- AG-Test
- PCR-Test
- Impfnachweis
- Genesungsnachweis

Unterschrift Einrichtung

Hiermit willige ich ein, dass diese Daten gem. Art. 6 Abs. 1 lit. c DS-GVO i. V. m. § 6 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 der Sächsischen Corona-Schutz-Verordnung von der Kreis Krankenhaus Freiberg gGmbH verarbeitet werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Daten werden für die Dauer von 30 Tagen vom Krankenhaus gespeichert und danach vernichtet. Weitere Informationen zum Datenschutz kann ich an der Information einsehen.

Datum

Unterschrift der Besucherin / des Besuchers