KNAPPSCHAFT KLINIKEN
KLINIKUM VEST

Besuch im Klinikum Vest während der Corona-Pandemie

Ich bin Patient/in ☐
Begleitperson ☐
Besucher/in ☐
Sonstiges (Name der Firma o.ä.): _____

Datum: _____ **Uhrzeit:** _____

Fachabteilung/Station des Termins: _____

Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

<u>Nur für Besucher:</u>
Name des Patienten/der Patientin: _____

1. Hiermit bestätige ich, dass bei mir keine COVID 19-Infektion vorliegt und ich keine grippeähnlichen Symptome, wie Husten oder Fieber aufweise. Ich hatte keinen Kontakt zu bestätigten COVID-19-Fällen innerhalb der letzten 14 Tage und stehe auch nicht unter Quarantäne.

2. Ich war innerhalb der letzten 14 Tage im Ausland: **nein:** ☐ **ja:** ☐

wenn ja, in welchem Land: _____

3. Ich habe die ausliegende Datenschutzerklärung gesehen und bin mit dieser einverstanden. Ich stimme der Erhebung meiner Daten zu. Ich habe die Anweisungen verstanden und werde diese befolgen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Kontrolle / MA der Eingangskontrolle:_____