

Patient: _____
(Name, Vorname)

Besucher: _____
(Name, Vorname)

Telefonnummer: _____
(Besucher)

Adresse: _____
(Besucher)

Wir bitten Sie um folgende Angaben:

Leiden Sie an einer akuten Atemwegserkrankung?

ja nein

Sind Sie vollständig geimpft **und**, war der 2. Impftermin mindestens vor 14 Tagen?
(Ein entsprechender Nachweis muss vorgelegt werden)

ja nein

Sind Sie von einer SARS-CoV2 Infektion genesen? (Die zugrunde liegende Testung (PCR) muss mindestens 28 Tage und höchstens 6 Monate zurückliegen, entsprechender Nachweis muss vorgelegt werden)

ja nein

Haben Sie eine schriftliche oder elektronische Bescheinigung über einen PCR-Test oder POC-Test (Schnelltest), der nicht älter als 24 Stunden ist?

ja nein

Wenn Sie die erste Frage mit „ja“ beantwortet haben oder die drei anderen mit „nein“, muss Ihnen entsprechend der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes der Besuch im Klinikum verwehrt werden.

Ort, Datum, Unterschrift des Besuchers

Entsprechend der Datenschutzgrundverordnung wird das Dokument nach vier Wochen vernichtet. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten entnehmen Sie bitte dem Aushang am Empfang oder auf unserer Internetseite unter www.klinikum-saalekreis.de