

AGAPLESION ALLGEMEINES KRANKENHAUS HAGEN

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,
aufgrund rechtlicher Grundlagen sind wir verpflichtet, im Kontext des SARS-CoV-2 (COVID-19) Ihre Daten zu erheben.

Allgemeine Angaben zur eigenen Person (Besucher/in)

Name, Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	

Angaben zur aufzusuchenden Person (Patient/in)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Datum und Uhrzeit des Besuchs	

Angaben zu Erkältungssymptomen und zum Kontakt mit SARS-CoV-2

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage eins oder mehrere der folgenden Krankheitszeichen?

Symptom	ja	nein
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geruchs-/ Geschmacksstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde ein Abstrich auf eine COVID-19-Infektion durchgeführt und liegt Ihnen das Ergebnis vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Kontakt zu einem Menschen mit einer bestätigten COVID-19-Infektion oder mit dem Verdacht auf eine COVID-19 Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datenverarbeitung

Durch Angaben Ihrer Personalien sowie Bestätigung durch Ihre Unterschrift willigen Sie in die Datenübermittlung durch das AGAPLESION ALLGEMEINES KRANKENHAUS HAGEN an das Gesundheitsamt Hagen ein. Die weitere Bearbeitung Ihrer Daten obliegt der Zuständigkeit des Gesundheitsamts Hagen.

Ihnen stehen jederzeit die gesetzlich normierten Betroffenenrechte der §§ 19 – 25 DSGVO zu (insb. das Recht auf Auskunft und Löschung). Die vollständigen Datenschutzzinformationen hierzu können Sie jederzeit bei einem unserer Mitarbeiter einsehen.

Im Falle einer Verweigerung der Dateneintragung kann ein Besuch Ihrerseits nicht genehmigt werden. Dabei bitten wir um Ihr Verständnis.

	ja	nein
Ich habe die einzuhaltenden Hygienemaßnahmen verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der Speicherung meiner Daten und der Weitergabe an das Gesundheitsamt bin ich einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hagen, _____
Ort, Datum

Unterschrift