


Formular Besucherkarte Version: 019 Geltungsbereich: KH	 Dok.-Nr.: FO-00591
-------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

-Bitte am Haupteingang ausfüllen/ vorzeigen!-

Liebe Besucherin, lieber Besucher, liebe Begleitperson,

aufgrund der aktuellen Corona-Bekämpfungsverordnung Rheinland- Pfalz sind wir verpflichtet, Sie zu ihrem Gesundheitszustand zu befragen, ausführlich über die einzuhaltenden Hygieneregeln zu informieren und persönliche Daten in Bezug auf Ihren Besuch zu erheben. Bitte füllen Sie diese Besucherkarte vollständig aus, lassen Sie diese vom Eingangspersonal prüfen und geben Sie sie bei der verpflichtenden Anmeldung auf der Station oder in der elektiven Ambulanz ab. **Bei jedem Besuch muss erneut eine Besucherkarte ausgefüllt werden.**

1. Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Standen Sie in den letzten Wochen unter Quarantäne? Ja Nein

Hatten Sie Kontakt zu Personen, die an COVID-19 erkrankt sind? Ja Nein

Sind Sie bzgl. COVID-19

vollständig geimpft (>14 Tage seit 2.Impfung), Nachweis: Impfausweis oder

vollständig genesen(nicht länger als 6 Monate), Genesungsnachweis oder

negativ getestet (innerhalb der letzten 24 Stunden), Testnachweis RLP Anlage 1 zu § 1 Abs. 9 S.6

Leiden Sie aktuell unter folgenden Symptomen?

keine der unten aufgeführten

Fieber

Starkes Mattigkeits-/ Krankheitsgefühl

Durchfall

Halsschmerzen

Husten

Muskelschmerzen

Schnupfen

Starke Kopfschmerzen

Gliederschmerzen

Atemnot / Thoraxschmerzen

Riech oder Geschmacksverlust


Wenn Symptome, seit wann? _____ Körpertemperatur : _____ °C

2. Allgemeine Hinweise und Hygienehinweise

1. Bei Anzeichen einer Infektion oder Kontakt zu COVID- Erkrankten gilt **ein absolutes Besuchs- und Begleitverbot.**
2. Die Besuchszeiten (1 Std. täglich) auf den Stationen sind aktuell auf die Zeit von 14:00 – 19:00 Uhr beschränkt.
3. Pro Patient und Tag wird nur eine Besuchsperson auf den Stationen zugelassen!
4. Als Begleitpersonen ist ebenfalls nur eine Person pro Patient zulässig.
5. Bitte betreten Sie die Stadtklinik über den Haupteingang am Kontrollpunkt.
6. Am Kontrollpunkt legen Sie die Besucherkarte zur Überprüfung vor, damit Sie entsprechend weitergeleitet werden können.
7. Als Besucher melden Sie sich bitte vor Betreten des Patientenzimmers beim Pflegepersonal der Station an und geben Sie die Besucherkarte dort ab.
Als Begleitperson melden Sie sich bitte beim Betreten der Ambulanz am Stützpunkt an und geben Sie die Besucherkarte dort ab.
8. Tragen Sie während des gesamten Aufenthaltes im Klinikgebäude eine **FFP2-Maske.**
9. Desinfizieren Sie sich die Hände beim Betreten der Station oder elektiven Ambulanz.
10. Halten Sie 1,50m Abstand von Patientinnen und Patienten sowie vom Personal.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben zu meinen Gesundheitszustand und bestätige die allgemeinen Hygieneanweisungen verstanden zu haben. Ich habe keine weiteren Fragen.

Frankenthal, den _____ Unterschrift _____

Formular Besucherkarte Version: 019 Geltungsbereich: KH	 Dok.-Nr.: FO-00591
-------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Liebe Besucherin, lieber Besucher, liebe Begleitperson,

entsprechend der gesetzlichen Verpflichtung gemäß § 16 Abs. 3 und Abs. 5, 6 i.V.m. § 1 Abs. 8 der 23. Corona- Bekämpfungsverordnung Rheinland- Pfalz (CoBeLVO) ist die Stadtklinik Frankenthal verpflichtet, ein Besuchsregister zu führen. Dies dient dem Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und der Nachvollziehbarkeit von Infektionsketten. Hierzu benötigen wir folgende Angaben für eine schnellstmögliche Kontaktaufnahme durch das Gesundheitsamt im Verdachtsfall:

Persönliche Daten Besucher	
Name	: _____ Vorname _____
Geburtsdatum	: _____ Telefonnr. _____
Adresse	: _____
Datum und Uhrzeit	: _____
Ich bin <input type="checkbox"/> Besucher/in; <input type="checkbox"/> Begleitperson bei hilfsbedürftigen Besuchern (in begründeten Ausnahmefällen)	
Bereich:	
<input type="checkbox"/> St. 2 <input type="checkbox"/> St. 3a <input type="checkbox"/> St. 3b <input type="checkbox"/> St. 4a <input type="checkbox"/> St. 4b <input type="checkbox"/> St. 5a <input type="checkbox"/> St. 5b <input type="checkbox"/> Intensivstation <input type="checkbox"/> IMC/ Stroke Unit <input type="checkbox"/> St. 6a <input type="checkbox"/> St. 6b <input type="checkbox"/> St. 6c <input type="checkbox"/> St. 6d <input type="checkbox"/> St. 19	
_____ Name der besuchten oder beteiligten Person	

Datenschutzhinweise gemäß Art. 13 DSGVO

Verantwortlicher: Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 EU Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) ist die Stadtklinik Frankenthal, Elsa-Brändström- Str. 1 in 67227 Frankenthal. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter mail@skh-ft.de oder per Post an die oben genannte Anschrift.

Zwecke der Verarbeitung und Rechtsgrundlage: Ihre personenbezogenen Daten werden ausschließlich zu denen in der Aufklärungserklärung genannten Zwecke verarbeitet. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 S. 1, Art. 23 Abs. 1 Buchstabe d und e lit. c DSGVO i.V.m. § 8 Abs. 3 und 5 CoBeLVO RLP, sowie dem Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Löschfristen: Ihre personenbezogenen Daten werden nach 4 Wochen durch die Stadtklinik Frankenthal gelöscht, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten einer Löschung entgegenstehen.

Sie haben gegenüber der Stadtklinik Frankenthal als Verantwortlichem folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten: Recht auf Auskunft; Recht auf Berichtigung und Löschung; Recht auf Einschränkung der Verarbeitung; Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung; Recht auf Datenübertragbarkeit.

Zur Geltendmachung dieser Rechte wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten. Die Wahrnehmung Ihrer Rechte erfolgt für Sie grundsätzlich kostenfrei.