

**Bitte denken Sie daran, dass ab dem Betreten der Niels-Stensen-Kliniken stets eine FFP-2-Maske getragen werden muss.**

**Besucher/in Begleitperson** (Name, Vorname): .....

**Anschrift** (Straße, Hausnummer, Ort): .....

**Telefonnummer** (tagsüber) .....

**Patient/in**, der/die besucht/begleitet wird: .....

**Aufenthaltszeitraum** (Datum, Uhrzeit Beginn) .....

1. **Haben Sie aktuell Fieber (ab 38,0 °C)?**  Ja  Nein
2. **Haben Sie aktuell Kopf- und/oder Gliederschmerzen?**  Ja  Nein
3. **Haben Sie neu aufgetretenen Husten?**  Ja  Nein
4. **Haben Sie aktuell Schnupfen (z.B. laufende Nase)?**  Ja  Nein
5. **Haben Sie neu aufgetretenen Geruchs- oder Geschmacksverlust?**  Ja  Nein
6. **Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einem Menschen, der wegen Corona-Verdacht unter Quarantäne stand oder steht?**  Ja  Nein
7. **Stehen Sie z. Zt. unter Quarantäne?**  Ja  Nein
8. **Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einem Menschen, bei dem das Corona-Virus nachgewiesen wurde?**  Ja  Nein

### Impf- bzw. Genesenen-Status

9. **Sind Sie bereits gegen COVID-19 geimpft?**  Ja  Nein  
Wenn ja - Datum: 1. Impfung: ..... 2. Impfung: .....
10. **Waren Sie an COVID-19 erkrankt**  Ja  Nein  
Wenn ja - Datum des 1. positiven PCR Nachweises: .....  
Haben Sie eine Impfung erhalten? Wenn ja - Datum: .....

Ich wurde darüber informiert, dass meine Angaben und Daten gemäß rechtlicher Vorgaben (Niedersächsische Verordnung über infektionsschützende Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Corona-Virus) für maximal vier Wochen aufbewahrt und danach gelöscht bzw. vernichtet werden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich damit mein Einverständnis, andernfalls besteht für mich kein Besuchsrecht. Zudem steht mir aufgrund der rechtlichen Vorgaben kein Widerrufsrecht gegen die Datenspeicherung zu.

**Eigenhändige Unterschrift Besucher/Begleitperson:** .....