

Besucher/in (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Anschrift (Straße, Hausnummer, Ort):

Telefonnummer (tagsüber)

Patient/in, der/die besucht werden soll bzw.
Person, die begleitet wird:

Besuchszeit (Datum, Uhrzeit Beginn, maximale Dauer 60 min):

Station/Zimmernummer der Person, die Sie besuchen:

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 zwei Wochen Kontakt zu einem Menschen, der wegen Corona-Verdachts unter Quarantäne stand oder steht?** **Ja** **Nein**
7. **Hatten Sie in den letzten zwei Wochen Kontakt zu einem Menschen, bei dem das Corona-Virus nachgewiesen wurde?** **Ja** **Nein**

Achtung: ab einem „Ja“ ist ein Besuch nicht möglich!

Ich wurde darüber informiert, dass meine Angaben und Daten gemäß den rechtlichen Vorgaben (Niedersächsische Verordnung über infektionsschützende Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Corona-Virus) für maximal vier Wochen aufbewahrt und danach gelöscht 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/in: