

Einwilligung in die Speicherung meiner persönlichen Daten als Besucher*in

(Einwilligungserklärung gem. Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO)

Sehr geehrte Besucher*in,

nach dem Erlass von Allgemeinverfügungen zum Verbot und zur Beschränkung von Kontakten in besonderen öffentlichen Bereichen des Landes Schleswig-Holstein vom 16. Mai 2020 auf der Grundlage des §28 Absatz 1 Satz 1 und 2 Infektionsschutzgesetz

Für Krankenhäuser gelten Ausnahmen vom Betretungsverbot für Besucher*innen, sofern sichergestellt ist, dass

1. die Besucher*innen registriert wird.
2. es sich pro Patient*in um jeweils eine Besuchsperson am Tag handelt und die Besuchszeit durch das Krankenhaus auf ein angemessenes Maß limitiert wird. Die zeitliche Begrenzung soll nicht für jeweils ein Elternteil oder eine Erziehungsberechtigte*n für Kinder unter 14 Jahren sowie eine Person während der Geburt im Kreißsaal oder aus sozial-ethischen Gründen, wie beim Besuch von Sterbenden gelten.
3. die Besucher*innen über persönliche Schutz- sowie Hygienemaßnahmen aufgeklärt und angehalten werden, diese dringend einzuhalten.
4. Besucher*innen mit akuten Atemwegserkrankungen die Einrichtung auch bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen eines Ausnahmefalls nicht betreten dürfen.

Um einen Besuch von Patient*innen in unserem Hause zu ermöglichen, benötigen wir daher von Ihnen folgende Daten:

Daten des Patienten:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Daten des/der Besuchers/Besucherin:

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefonnummer
(für eine mögliche Kontaktaufnahme durch das Gesundheitsamt) _____

Besuchsdatum, Uhrzeit _____

Die Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH wird meine oben genannten persönlichen Daten speichern. Beim Vorliegen einer gesetzlichen Grundlage muss die Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH Ihre Daten an das Gesundheitsamt weiterleiten.

Kiel, den _____

X

Unterschrift Besucher*in