

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Temp.: \_\_\_\_\_

## 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 gelten Ausnahmen vom Betretungsverbot für Besucher\*innen in Krankenhäusern, 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 Besuchers/Besucherin:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnr: \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht unter Erkältungssymptomen (Husten, Schnupfen, Gliederschmerzen, Fieber, etc.) oder Geruchs-/Geschmacksverlust leide.

Weiterhin erkläre ich, dass ich in den letzten 14 Tagen kein Risikogebiet besucht habe oder wissentlich Kontakt zu einem COVID-19 positiven Patienten hatte.

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