

- Antigenschnelltest liegt vor
 Antigenschnelltest durchgeführt
(nur ungeplante Besuche)

Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH
Chemnitzstr. 33
24116 Kiel
weitere Informationen unter
Tel.: 0431 / 1697-0

Testergebnis: **positiv** **negativ**

Impfstatus: **vollständig geimpft**

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,

die Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH schränkt die Besuchsmöglichkeiten in Abhängigkeit von der aktuellen pandemischen Lage im Hinblick auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) ein.

In Zeiten, in denen kein komplettes Besuchsverbot von der Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH ausgesprochen wurde, sind Besuche erlaubt, wenn sichergestellt ist, dass

1. die Besucher*innen registriert wird und ein negativer Antigenschnelltest vorliegt, der nicht älter als 24 Stunden sein darf.
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 _____

Telefonnummer _____

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 wesentlich 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