

# Informations- und Erfassungsblatt für Besucher/ Begleitung



Zentralklinik Bad Berka

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Straße

.....  
PLZ

.....  
Ort

.....  
Telefonnummer

*alternativ*

.....  
E-Mail-Adresse

**Ich versichere, dass ich nicht an Covid19-typischen Krankheits-  
symptomen (v. a. Fieber, Husten und Atemnot, Geschmacks- und  
Geruchsstörungen) leide. Außerdem versichere ich, dass ich nicht  
unter Quarantäne gestellt bin.**



.....  
Unterschrift Besucher(-in)/Begleitung

.....  
Negativtest vorgelegt – Kürzel MA

.....  
Name des/der besuchten/begleiteten Patienten/Patientin

.....  
Datum, Uhrzeit des Besuchs

## **Datenschutzrechtliche Hinweise:**

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 c), d), e), f) DSGVO und Art. 9 Abs. 2 DSGVO. Die Verarbeitung ist erforderlich, um Beschäftigte in unserem Unternehmen zu schützen und ggf. Kontaktpersonen von an Covid-19 erkrankten Personen ausfindig zu machen und rechtzeitig verständigen zu können. Somit dient die Verarbeitung Ihrer Gesundheit und der Ihrer Mitmenschen. Ihre Daten werden erforderlichenfalls an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben. Nach spätestens 4 Wochen werden Ihre Daten gelöscht, wenn ihre Speicherung nicht mehr erforderlich ist. Sie haben das Recht auf Auskunft über die bei uns gespeicherten Daten. Sie haben das Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung unter den in Art. 16 bis 18 DSGVO genannten Voraussetzungen. Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu. Bitte Ankreuzen.