

Es gelten die derzeit gültigen Regeln der ALB FILS KLINIKEN!

(u.a. einzusehen auf der Website)

Kontaktdaten Besucher / Begleitpersonen / Sonstige Externe

Name*: _____

Vorname*: _____

Geburtsdatum*: _____

Telefonnummer*: _____

**Name und Geburtsdatum des Patienten, den Sie besuchen/begleiten – bei Externen:
Abteilung, die Sie besuchen*:**

*Aufgrund des Infektionsschutzgesetzes sind wir verpflichtet, die Daten zu erheben. Nur bei vollständiger Angabe dürfen Sie ins Krankenhaus!

Hiermit willige ich ein, dass meine im Rahmen der Vorabanmeldung für das Besuchsmanagement erhobenen personenbezogenen Daten durch die ALB FILS KLINIKEN zum Zweck der Durchführung des Besuchsmanagements verarbeitet werden.

(Weitere Informationen zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten erhalten Sie auf Nachfrage gerne von unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern)

Ich bestätige, dass ich die Information zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten vollständig erhalten habe.

Datum, Unterschrift

Durch Lotsen verpflichtend auszufüllen

Temperatur: _____ °C

Negativer Schnelltest

Vollständiger Impfschutz

Genesen