

Gemäß der Elften Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (11. BayIfSMV) vom 30. November 2020 und der Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 23. Dezember 2020, Az. G26a-K9000- 2020/445-170 für Besuche in Krankenhäusern sind wir verpflichtet, Ihre Kontaktdaten zum Zweck der Kontaktpersonenermittlung im Fall einer festgestellten Infektion mit dem Coronavirus SARSCoV-2 zu erheben und zu dokumentieren.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. c) DSGVO / Art. 9 Abs. 2 lit. i) DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 und Abs. 2 BayIfSMV. Zu den verarbeiteten Kategorien personenbezogener Daten zählen Ihr Vor-, Nachname, Anschrift und Kontaktdaten (Telefonnummer, E-Mail-Adresse). Über den Fragebogen werden zudem Gesundheitsdaten (wie Angabe von COVID-19 Symptomen) verarbeitet.

Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte findet grds. nicht statt. Eine Ausnahme gilt, soweit aufgrund einer positiv auf COVID-19 getesteten Person Sie eine mögliche Kontaktperson sein könnten. In diesem Fall findet eine Benachrichtigung der zu Ihrem Besuch erhobenen Daten an das zuständige Gesundheitsamt zur Kontaktnachverfolgung statt. Ihre personenbezogenen Daten werden im System für die Dauer von 30 Tagen gespeichert. Dieser Zeitraum ist notwendig, um eventuelle Infektionsketten nachverfolgen und mögliche Kontaktpersonen informieren zu können.

Zudem bitten wir Sie um die verpflichtende Einhaltung folgender Maßnahmen:

- Tragen Sie permanent einen **Mund-Nasen-Schutz in Form einer FFP-2-Maske ohne Ausatemventil**. Mund und Nase müssen vollständig bedeckt sein.
- **Desinfizieren** Sie sich bei jedem Betreten und Verlassen der Klinik die Hände.
- Halten Sie **mindestens 1,5 m Abstand** – auch am Patientenbett.

**Bitte melden Sie sich an der Pforte beim Verlassen der Klinik wieder ab.**

Der Zutritt zur Klinik ist nur mit korrekt ausgefülltem Fragebogen möglich. (Bitte leserlich ausfüllen.)

Anlass des Zutrittes: \_\_\_\_\_

**Daten der zu besuchenden Person:**

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

Sofern bekannt: Station \_\_\_\_\_ Zimmernummer \_\_\_\_\_

**Daten des Besuchers:**

Besuchszeitraum: Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Uhr

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, Hausnummer, Ort, PLZ): \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Sofern Sie eine der nachfolgenden Fragen mit "Ja" beantworten, bitten wir Sie, von einem Besuch abzusehen.**

**Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Krankheitssymptome wie z.B. allgemeines Krankheitsgefühl, Fieber, Husten, Magen-/Darm-Beschwerden, Durchfall, Geschmacks- bzw. Geruchsstörungen, Atembeschwerden oder haben aktuell diese Beschwerden?**

Ja  Nein

**Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall bzw. Verdachtsfall?**

Ja  Nein

**Haben Sie sich in den letzten 14 Tage in einem vom Robert-Koch-Institut ausgewiesenen internationalen Risikogebiet aufgehalten?**

Ja<sup>1)</sup>  Nein

**Sind Sie in den letzten 3 Monaten COVID-19 positiv getestet worden oder waren an COVID-19 erkrankt?**

Ja<sup>1)</sup>  Nein

Unterschrift Besucher\*in: \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der oben angegebenen Kontaktdaten sowie Ihrer Symptomfreiheit.