

BESTÄTIGUNG FÜR BESUCHER AM KLINIKUM WORMS

Ich, _____
Name, Vorname

_____ bin
Postalische Adresse

Bitte ankreuzen:

Besucher von _____
Name, Vorname Station

1 Stehen Sie unter einer vom Gesundheitsamt verordneten Quarantäne? nein ja

2 Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einer Person, nein ja
die positiv auf das neuartige Coronavirus getestet wurde?

3 Hatten Sie in den letzten 7 Tagen bzw. haben Sie aktuell Fieber, Husten, nein ja
Atemnot oder andere Symptome einer Atemwegserkrankung?

Körpertemperatur _____

Worms, den _____ Unterschrift: _____

Bitte geben Sie diese Bestätigung an unserer Information am Haupteingang ab. Haben Sie vielen Dank.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten zur Möglichkeit der Rückverfolgung der Infektionsketten bei auftretenden COVID-19 Infektionen und zur Erfüllung von gesetzlichen Meldepflichten. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 lit c) und e) DSGVO. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten können Sie unter datenschutz@klinikum-worms.de anfordern.