

# 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, die positiv auf das neuartige Coronavirus getestet wurde?  nein  ja

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

4 Negativ getestet: Testbescheinigung nicht älter als 24 Stunden   
Vollständig geimpft: Impfpass, auf dem die vollständige Impfung mind. 14 Tage alt ist oder ehemals Infizierte, jetzt Genesene, die deshalb nur einmal geimpft wurden   
Genesen: Positives PCR-Testergebnis, das mind. 28 Tage, aber nicht älter als 6 Monate ist

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 finden Sie auf unserem Informationsblatt zu Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).