

# Besuchsberechtigung

Dieses Dokument berechtigt Sie **einmalig** für den Besuch einer Patientin oder eines Patienten.

Die Dauer des Besuchs ist auf **eine Stunde** beschränkt.

Sie werden gebeten, die **Besuchsberechtigung** bei sich zu führen und auf Aufforderung des Krankenhauspersonals **vorzuzeigen**. Beim Verlassen des Krankenhauses geben Sie den Berechtigungsschein unbedingt im Ausgangsbereich ab. Das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete **Formular zur Abfrage der Gesundheitsdaten** ist bereits am Empfang **bei Zutritt** zum Krankenhaus abzugeben.

**Bitte beachten Sie:** Die Hygiene- und Verhaltensregeln sind **zwingend** einzuhalten!

**Insbesondere das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes ist Pflicht! Bewahren Sie einen 1,5 Meter Abstand, auch zum Patienten, den Sie besuchen!**

Lesen Sie sich die mit dieser Besuchsberechtigung übergebenen Informationsblätter sorgfältig durch!

## Kontaktdaten der/des besuchten Patientin/Patienten:

Vorname, Name: .....

Fachabteilung/Station: .....

## Kontaktdaten des Besuchers:

Vorname, Nachname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Telefonnummer: .....

Vom Krankenhaus auszufüllen!

## Besuchszeiten:

Datum und Zeitpunkt bei Betreten des Krankenhauses: .....

Unterschrift/Kürzel des Krankenhauspersonals: .....

Datum und Zeitpunkt bei Verlassen des Krankenhauses: .....

Unterschrift/Kürzel des Krankenhauspersonals: .....

Name des/der Patient\*in: .....Station und Zimmer: .....  
Vorname, Nachname: .....  
Anschrift: .....  
Telefonnummer: .....

### Gesundheitsfragen

Haben Sie in den letzten 14 Tagen eines der Risikogebiete gemäß der Liste des Robert-Koch-Instituts besucht? (siehe aushängende Liste)

Ja       nein

Haben Sie grippeähnliche Symptome wie Fieber, Atembeschwerden oder Husten?

Ja       nein

Haben Sie kürzlich einen Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns bemerkt?

Ja       nein

Standen Sie in den letzten 14 Tagen mit einer am SARS-CoV-2-Virus erkrankten Person in Kontakt?

Ja       nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen mit einer Person in Kontakt, die sich in Quarantäne befindet oder befunden hat?

Ja       nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Es steht Ihnen frei, Angaben auf diesem Formular bzw. eine Unterzeichnung dieses Formulars zu verweigern. In diesem Fall behalten wir uns vor, von unserem Hausrecht Gebrauch zu machen und Ihnen den Zutritt zu verwehren.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Sie dies bei jedem Besuch erneut fragen müssen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich sowohl das **Informationsblatt zum Datenschutz** als auch das **Informationsblatt zu den Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen** erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese auch befolgen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

# Information zum Datenschutz

## - Besucherdaten während der Corona Pandemie –

### Allgemein

Im Sinne der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unser Unternehmen Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Capio Deutsche Klinik Büdingen GmbH  
Frank Koose  
Flemingstr. 20-22  
36041 Fulda

Im Hinblick auf die bestehenden datenschutzrechtlichen Regelungen ist unser Krankenhaus Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

### Information zur Erfassung, Nutzung, Weitergabe und Löschung der Daten sowie Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1d DS-GVO, also die Verarbeitung personenbezogener Daten zum Schutz lebenswichtiger Interessen der betroffenen Personen oder einer anderen natürlichen Person. Hierzu zählt auch die Verarbeitung personenbezogener Daten zur Überwachung von Epidemien und deren Ausbreitung. Weitere Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1c DS-GVO i. V. m. § 1 Abs. 3c der Zweiten Verordnung zur Bekämpfung des Corona-Virus in der Fassung vom 15.07.2020. Hiernach sind wir verpflichtet Name, Anschrift und Telefonnummer sowie die Besuchszeit jeder Besucherin und jedes Besuchers zur Ermöglichung der Nachverfolgung von Infektionen zu erfassen. Im Übrigen gilt Art. 6 Abs. 1f DS-GVO. Hiernach ist die Verarbeitung zur Wahrung unserer berechtigten Interessen und derjenigen unserer Patientinnen und Patienten sowie des Klinikpersonals erforderlich.

Die erhobenen Kontaktdaten dürfen ausschließlich zur Ermöglichung der Nachverfolgung von Infektionen erfasst und für die zuständige (Gesundheits-)Behörde vorgehalten werden. Die erhobenen Kontaktdaten sind ausschließlich an die zuständige (Gesundheits-)Behörde auf Aufforderung an diese zu übermitteln.

Die Kontaktdaten werden für einen Zeitraum von **einem Monat** in Papierform und elektronisch aufbewahrt und dann sicher und datenschutzkonform vernichtet bzw. gelöscht.

### Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit

Sie haben jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Datenverarbeitung.

Dies beinhaltet ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit dieser Daten, soweit keine gesetzlichen Regelungen entgegenstehen. Bei diesbezüglichen Fragen können Sie sich jederzeit an die oben genannte Kontaktadresse oder den Datenschutzbeauftragten wenden.

### **Ansprechpartner für Datenschutz**

Es wird größten Wert auf Transparenz gelegt. Bei Fragen zum Umgang mit Ihren Daten steht der bestellte Datenschutzbeauftragte, Frank Koose, gerne über die oben genannten Kontaktdaten oder per E-Mail an [frank.koose@de.capio.com](mailto:frank.koose@de.capio.com) zur Verfügung.

### **Beschwerderecht**

Als Betroffener steht Ihnen gemäß Art. 77 DSGVO ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten rechtswidrig erfolgt ist. Zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch  
Gustav-Stresemann-Ring 1  
65189 Wiesbaden  
Telefon: 0611 / 1408 0  
Telefax: 0611 / 1408 611  
E-Mail: [poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)