

## Datenblatt für Begleitpersonen und Besucherinnen/Besucher

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Begleitung/Besuch von Patientin/Patient: \_\_\_\_\_

Ambulanz/Abteilung/Station: \_\_\_\_\_

Hatten Sie folgende Beschwerden in den letzten 14 Tagen:  ja  nein

- Fieber
- trockenen Husten
- Durchfall
- Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinnes?

Folgender Nachweis wurde beim Betreten des Hanusch-Krankenhauses vorgelegt:

neg. COVID 19-Antigentest (max. 48 Stunden alt)

oder

neg. COVID 19-PCR-Test (max. 72 Stunden alt)

oder

ärztliche Bestätigung einer abgelaufenen COVID-19 Infektion (max. 6 Monate alt)

oder

neutralisierender Antikörpernachweis (max. 3 Monate alt)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Durch die Bekanntgabe Ihrer aktuellen Kontaktdaten versetzen Sie uns bzw. die zuständige Behörden im Bedarfsfall in die Lage, Sie und etwaige Kontaktpersonen rechtzeitig mit weiteren Informationen zu versorgen und Maßnahmen zur Eindämmung einer Covid-19 Infektionsverbreitung bzw. die erforderlichen Schritte zum Gesundheitsschutz zu ergreifen. Die von Ihnen angegebenen Daten werden vor Zugriffen unberechtigter Dritter für die Dauer von vier Wochen in Papierform verwahrt, um ein gegebenenfalls erforderliches Contact-Tracing zu ermöglichen. Es erfolgt keine elektronische Erfassung dieser Daten.