



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Besucher,

Um das Risiko einer Infektion mit dem neuartigen SARS-CoV- 2 Erreger bei unseren Patienten und Besuchern bewerten zu können, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Ich leide neu an

- Husten, Halsschmerzen, Luftnot,
- Schnupfen, Gliederschmerzen, Fieber,
- Geruchs- oder Geschmacksstörungen,
- Kopfschmerzen
- Durchfall

bitte ankreuzen, wenn mindestens eines dieser Symptome bei Ihnen besteht.

Ich hatte in den letzten 10 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall Nein Ja

Ich hatte in den letzten 10 Tagen Kontakt zu einem COVID-19 Verdachtsfall,
bei dem dieser Verdacht noch nicht sicher ausgeschlossen wurde Nein Ja

Ich bin vollständig geimpft seit (Datum der letzten Impfung – auch Booster) _____

Ich bin von Covid-19 genesen seit _____

Ich bin vor weniger als 24 Stunden mit einem Schnelltest negativ getestet *

Ich bin vor weniger als 48 Stunden mit einem PCR-Test negativ getestet *

*Der anerkannte Nachweis muss mitgebracht werden

Ich bin weder geimpft, genesen oder getestet

Name, Vorname: _____

Straße Nr.: _____

PLZ Ort: _____

Telefon/Handy: _____

Datum: _____

Anlass für den Aufenthalt im Israelitischen Krankenhaus: Patient/in
 Besucher/Lieferant

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung!

Dr. med. Ulrich Rosien
Leiter der Hygienekommission

Hinweise zum Datenschutz

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 6 Abs. 1 lit. c Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) i.V.m. der HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und ausschließlich zum Zweck der Nachverfolgung von Infektionsketten des SARS-CoV-2 verwendet. Diese Daten werden nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von 4 Wochen gelöscht. Im Übrigen gelten die Vorschriften der DSGVO. Ihre Daten werden der zuständigen Behörde (Gesundheitsbehörde) auf Verlangen vorgelegt.