

Informationen zu COVID-19

Liebe Patientin, lieber Patient,

Angesichts der aktuellen Infektionslage bzgl. des neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) bitten wir Sie zur Risikominimierung uns im Vorfeld der jeweiligen Termine zu versichern, dass Sie zum Zeitpunkt keine gesundheitlichen Symptome aufweisen, die auf eine Infektion mit COVID-19 hinweisen können (Husten, Schnupfen, Fieber (ab 38°C), Atemnot, Halsschmerzen, Muskel- oder Gliederschmerzen, Durchfall oder Störungen von Geruchs- / Geschmackssinn) und dass Sie innerhalb der letzten 14 Tage keinen wissentlichen Kontakt zu einem CoViD-19-Patienten oder einem Verdachtsfall hatten. Andernfalls bitten wir Sie uns zur weiteren Abklärung zu kontaktieren.

Nur wenn Sie symptomfrei sind und keinen wie oben angegebenen Kontakt hatten, kann der Termin wie vereinbart durchgeführt werden. In diesem Fall möchten wir Sie bitten, dieses Blatt vor Ort auszufüllen. Die Angaben werden ausschließlich benötigt, um Sie im Falle der Notwendigkeit einer Kontaktnachverfolgung durch das Gesundheitsamt zu erreichen und somit mitzuhelfen die Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern bzw. einzudämmen. Diese Daten werden separat gespeichert und nach Ablauf von 14 Tagen gelöscht. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die freiwillige Angabe und potentielle Weitergabe meiner Kontaktdaten an das Gesundheitsamt zur Kontaktnachverfolgung informiert wurde und mit dem Vorgehen einverstanden bin.

Name, Vorname:		
Kontaktmöglichkeit (Telefonnummer oder E-Mail-Adresse)		
Datum:		
Unterschrift:		
¹ Datum	¹ Ort des Aufenthaltes an der IAP:	¹ Uhrzeit des Aufenthaltes an der IAP:

Hinweise zum Datenschutz: Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a) DSGVO (Einwilligung). Sie haben die Rechte auf Widerspruch, Auskunft (auch zu möglichen Empfängern) und Berichtigung. Darüber hinaus können Sie die Löschung und Einschränkung der Datenverarbeitung verlangen. Ihnen steht ebenso ein Beschwerderecht beim Datenschutzbeauftragten und der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz³ zu.

Name der Therapeutin

Unterschrift

¹ erforderlich zu Zweck der Prüfung der Löschfrist und der Ermittlung von Kontaktpersonen

³ <https://saechsdsb.de>