



AGAPLESION EVANGELISCHES KRANKENHAUS HOLZMINDEN

Name, Vorname **Patient(in)**

Angabe der persönlichen Kontaktdaten:

Name, Vorname

Telefonnummer

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl, Wohnort

Unterschrift

Datum	
Uhrzeit Ankunft	
Uhrzeit Verlassen	

Hinweis zur Datenverarbeitung

Die vorgehend angegebenen Daten werden erhoben, damit eventuelle Infektionsketten nachvollzogen werden können. Auf Verlangen sind diese Daten dem Gesundheitsamt vorzulegen. Mit der Aufbewahrung meiner Daten für die Dauer von mindestens 21 Tagen zum Zwecke einer evtl. Kontaktpersonennachverfolgung durch die Gesundheitsbehörden bin ich einverstanden. Spätestens vier Wochen nach dem Besuch werden die Daten der Aktenvernichtung zugeführt.