Name, Vorname:	Ich bin Patient*in Besucher*in Begleitperson *Nicht zutreffendes bitte streichen*
Geburtsdatum:	Telefonnummer:

Anschrift (PLZ, Ort, Straße):

Name, Vorname der besuchten/begleiteten Person:

Indikationen zur Realisierung des Patientenbesuchs/der Begleitung/des ambulanten Termins Sind alle Fragen mit **nein** beantwortet, kann der Besuch/die Begleitung/der ambulante Termin realisiert werden.	**Ja***1	**Nein***1
Zeigt sich bei Ihnen derzeit eines der nachstehenden Symptome? Fieber, Halsschmerzen, Husten, allgemeine Abgeschlagenheit und Müdigkeit, Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns		
Sind Sie in den letzten 3 Wochen positiv auf COVID-19 getestet worden?		
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einer COVID-19 positiv getesteten Person oder wurde Ihnen vom Gesundheitsamt eine häusliche Quarantäne angeordnet oder z.B. vom Hausarzt eine Absonderung empfohlen?		
Sind Sie innerhalb der letzten 14 Tage aus einem durch das RKI benannte Risikogebiet zurückgekehrt? https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html		

Diese Erklärung wird für die Dauer von 1 Monat verarbeitet und danach automatisch datenschutzgerecht gelöscht.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis mit der Verarbeitung Ihrer Personendaten und dass Sie die zugehörige Datenschutzerklärung erhalten haben.

Datum

Unterschrift

Gesetzliche/r Vertreter/in*2)

Name	Vorname	Adresse	Unterschrift

*1) Zutreffendes bitte ankreuzen
*2) Sind mehrere Personen gesetzliche Vertreter (z.B. Eltern minderjähriger Kinder), werden Namen, Adressen und Unterschriften aller gesetzlichen Vertreter benötigt. Vertreter handeln mit Vertretungsvollmacht i. S. d. § 164 BGB.

Hiermit informieren wir Sie über die vertraglichen Grundlagen Ihrer Einwilligungsklärungen zum Datenschutz und über die sonstigen gesetzlichen Grundlagen für die Verarbeitung Ihrer Daten.

Die für die Verarbeitung Ihrer Daten verantwortliche Stelle ist: Universitätsmedizin Halle, Ernst-Grube-Straße 40, 06120 Halle (Saale), als gemeinsam Verantwortliche vertreten durch Universitätsklinik Halle (Saale) AöR, Ernst-Grube-Straße 40, 06120 Halle (Saale) und Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg KöR, Universitätsplatz 10, 06108 Halle sowie Medizinisches Versorgungszentrum Universitätsklinikum Halle gGmbH, Ernst-Grube-Str. 40, 06120 Halle (Saale), nachfolgend Universitätsmedizin Halle genannt.

Die Kategorien und Bezeichnungen der verarbeiteten Daten entnehmen Sie bitte dem zugrundeliegenden Vertrag.

Sie können jederzeit bei der verantwortlichen Stelle gemäß Art. 15 DSGVO Auskunft über die Verarbeitung Ihrer Daten beantragen. Sie können erteilte Einwilligungen zur Datenverarbeitung gemäß Art. 21 DSGVO jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine schriftliche, elektronische oder persönliche Nachricht an die verantwortliche Stelle widerrufen*[1]). Sie haben weiterhin gemäß Art. 16 – 18 DSGVO das Recht, die Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung und gemäß Art. 20 DSGVO die Übertragung Ihrer Daten schriftlich bei der verantwortlichen Stelle zu beantragen. Die gesetzlich vorgegebenen Fristen zur Aufbewahrung Ihrer Daten haben Vorrang.

Die gesetzliche Grundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ergibt sich aus Art. 6 (1) a EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Wenden Sie sich bei Fragen zum Datenschutz bitte an Universitätsklinik Halle (Saale) AöR, Geschäftsstelle Datenschutz, Kiefernweg 34, 06120 Halle (Saale) und bei Beschwerden über datenschutzrechtliche Angelegenheiten an den Landesbeauftragter für den Datenschutz Sachsen-Anhalt, Leiterstraße 9, 39104 Magdeburg.