

Einverständniserklärung zum Besuch eines SARS-CoV-2-positiven Patienten/Kontaktpatienten 1. Grades

Vor- und Nachname des Besuchers:

Anschrift

Telefonnr./E-Mail:

Besuchszeit:.....

Aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie gilt am Universitätsklinikum Leipzig (UKL) ein generelles Besuchsverbot. Es handelt sich hierbei um eine Ausnahmeregelung und Präzisierung zu den generellen Besuchsregelungen am UKL. Der von Ihnen zu besuchende Patient/Patientin ist als SARS-CoV-2 positiver Patient/in bzw. Kontaktpatient/in 1. Grades eingestuft worden. Ein Besuch stellt daher ein erhöhtes Risiko zur Ansteckung mit SARS-CoV-2 dar.

Die Inanspruchnahme dieser Ausnahmeregelung erfolgt auf eigene Gefahr und ist nur mit gültigem Passierschein möglich.

Erklärung der Besucherin/des Besuchers:

Mir ist bewusst, dass der Besuch der Patientin/ des Patienten eine erhöhte Gefahr und Infektionsrisiko für mich darstellt.

Ich erkläre hiermit, dass UKL und deren Vertreter für Schäden mit Ausnahme von Leib und Leben oder Gesundheit nicht haftbar zu machen, soweit diese nicht auf Vorsatz und grober Fahrlässigkeit beruhen. In diesem Rahmen erkläre ich außerdem, das UKL von entsprechenden Haftungsansprüchen freizustellen, soweit dies gesetzlich zulässig ist.

Ich erkenne zudem die Hausordnung sowie alle jeweils gültigen Erweiterungen und Nutzungsbedingungen sowie Hygienekonzepte des UKL an. Diese habe ich zur Kenntnis genommen. Ich versichere hiermit, mich an diese Vorschriften zu halten, um ein Infektionsrisiko so gering wie und im allgemeinen Lebensrisiko zu halten.

Zusätzlich wird versichert, dass ich wissentlich

a) aktuell keine Leitsymptome einer COVID-19-Erkrankung habe und

b) keiner behördlichen/gesetzlichen Quarantäne unterliege und

c) in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer positiv getesteten Person, außer der/des zu besuchenden Patientin/Patienten hatte.

Ich bin mit dem Besuch des/der Patienten/Patientin als Ausnahmeregelung unter den oben genannten Rahmenbedingungen einverstanden. Ich habe außerdem eine persönliche Aufklärung zum Infektionsrisiko und allen weiteren Umständen und Belangen meines Besuchs erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum, Uhrzeit

Besucher/Besucherin

Arzt/Ärztin

Die Besucherregistrierung/Kontakverfolgung erfolgt aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i. V. m § 5 Abs.6 Sächsische-Corona-Schutz-Verordnung zur Registrierung von Besuchern. Ihre Daten werden nur in den gesetzlich vorgesehenen Fällen an zuständige Behörden herausgegeben und im Übrigen nach Ablauf von vier Wochen gelöscht.