

Antrag für eine Ausnahmegenehmigung zum Besuch eines Patienten

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der hohen Infektionszahlen sind zum Schutz unserer Mitarbeiter und der uns anvertrauten Patienten derzeit keine Besuche in den LAKUMED Kliniken möglich. Ausnahmen werden in besonders gelagerten Fällen gestattet, beispielsweise wenn ein schwerkranker Patient über längere Zeit in stationärer Behandlung ist oder die Lebenserwartung aufgrund einer unheilbaren Erkrankung absehbar ist. Bitte füllen Sie in diesem Fall den folgenden Antrag für eine Ausnahmegenehmigung aus. (Für den Besuch auf der Geburtsstation oder auf der Palliativstation ist kein Antrag für eine Ausnahmegenehmigung erforderlich.)

Daten des Patienten:

In welchem Haus befindet sich der Patient?

Krankenhaus Vilsbiburg

Krankenhaus Landshut-Achdorf

Schlossklinik Rottenburg

Auf welcher Station befindet sich der Patient? _____

Vorname des Patienten: _____

Nachname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Daten des Besuchers:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

In welcher Beziehung stehen Sie zum Patienten? Ich bin ...

Partner

Kind

Elternteil

Verwandter

Freund

Bitte zeigen Sie kurz auf, warum es sich bei Ihnen um einen besonders gelagerten Fall handelt und daher eine Ausnahmegenehmigung erteilt werden soll:

Ich habe dieses Formular am _____ (Datum) wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag per Mail an info@lakumed.de oder per Post an *Krankenhaus Landshut-Achdorf, Öffentlichkeitsarbeit, Achdorfer Weg 3, 84036 Landshut.*

Der Antrag wird an die Abteilung, der der Patient zugeordnet ist, weitergeleitet und vom Chefarzt geprüft. Sie erhalten per Telefon Rückmeldung, ob der Antrag für einen oder mehrere Besuche genehmigt wurde oder nicht.

Bitte zeigen Sie bei Ihrem Besuch einen gültigen amtlichen Lichtbildausweis (Personal- ausweis oder Reisepass) an der Screening-Stelle vor. Sie erhöhen die Sicherheit für Ihren Besuch, wenn Sie einen tagesaktuellen negativen Antigen-Schnelltest mitbringen können.

Datenschutz: Aufgrund der bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (BayIfSMV) sind wir verpflichtet, von allen Besuchern personenbezogene Daten zu erheben. Sollten Sie mit der Angabe und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten nicht einverstanden sein, ist ein Besuch leider nicht möglich. Verantwortlich für die Datenerhebung ist das Landshuter Kommunalunternehmen für medizinische Versorgung (Achdorfer Weg 3, 84036 Landshut). Die erhobenen Daten werden bei Bedarf an das zuständige Gesundheitsamt, zur Nachverfolgung möglicher Kontaktpersonen, weitergegeben. Eine andere Verwendung Ihrer Daten erfolgt nicht. Nach dem Ablauf von 30 Tagen nach dem letzten Besuch werden die Daten gelöscht. Kontaktdaten interner Datenschutzkoordinator: Datenschutzbeauftragter@lakumed.de

Due to the Infection Protection Measures Ordinance, we are obliged to collect personal data from all visitors and patients. If you do not agree to the specification and storage of your personal data, access is unfortunately not possible. The Landshuter Kommunalunternehmen für medizinische Versorgung (Achdorfer Weg 3, 84036 Landshut) is responsible for data collection. If necessary, the data collected will be passed on to the responsible health authority for the purpose of tracking possible contact persons. Your data will not be used for any other purpose. 30 days after your last visit, the data will be deleted. If you have any questions, please contact our internal data protection coordinator Datenschutzbeauftragter@lakumed.de via the management office.

Nicht vom Antragsteller auszufüllen!

Der Antragsteller darf den Patienten unter Einhaltung der gültigen Hygieneregeln (FFP2-Maske, Händedesinfektion, Mindestabstand von 1,5 Metern zu anderen Personen) für max. eine Stunde pro Tag besuchen. Die Ausnahmegenehmigung gilt bis _____

Der Antrag wurde nicht genehmigt. Eine Abweichung vom Besuchsverbot ist in diesem Fall leider nicht möglich.

Unterschrift Chefarzt: _____

Antragsteller wurde über die Entscheidung benachrichtigt:

Datum: _____ Unterschrift Mitarbeiter: _____