



Kath. St. Paulus Gesellschaft

St. Christophorus Krankenhaus Werne

## Risiko-Einverständniserklärung für den Besuch

*Erforderliche Einverständniserklärung für den Einlass von Kindern ab 12 Jahren in das St. Christophorus Krankenhaus Werne während der Corona-Pandemie. Diese Einverständniserklärung muss von den **ab 12-jährigen Besucher:innen** am Eingang des St. Christophorus Krankenhaus Werne vorgelegt werden, um einen Patienten oder eine Patientin zu besuchen.*

Ich habe meinem Kind die Verhaltens- und Hygieneregeln für den Besuch im St. Marien Hospital Lünen erklärt und mein Kind ist bereit, diese einzuhalten und die entsprechenden Vorgaben zu befolgen.

Mir ist bewusst, dass durch den Besuch von Patient:innen im St. Christophorus Krankenhaus Werne für mein Kind **ein erhöhtes Risiko einer Coronavirus SARS-CoV-2 Infektion** besteht. Die KLW St. Paulus GmbH übernimmt dafür keine Haftung.

Ich und mein Kind wurden darüber informiert, dass die personenbezogenen Daten meines Kindes ausschließlich unter strengster Beachtung des Datenschutzes verwendet werden, um den Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes zu entsprechen. Uns wurde erklärt, dass die personenbezogenen Daten zur Nachverfolgung von Infektionsketten so lange aufbewahrt werden, wie es die jeweilige Landesverordnung verlangt und danach vernichtet werden.

Hiermit bestätige ich \_\_\_\_\_ (Name, Vorname) als erziehungsberechtigte

Person, dass mein Kind \_\_\_\_\_ (Name, Vorname) auf meine

Verantwortung einen Patienten oder Patientin im St. Christophorus Krankenhaus Werne besucht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift