

Besuch

Patientin / Patient:

* Pro Patient ein Besucher am Tag für eine Stunde

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Station:

Corona-Test des Besuchers

Antigen / PCR Ergebnis* Unterschrift Teststelle

 NEG. POS.

* Das Testergebnis darf maximal 24 Stunden (Schnelltest) oder 48 Stunden (PCR Test) alt sein.
Es muss eine Bestätigung der durchführenden Stelle vorgezeigt werden.

Genesenen-Nachweis des Besuchers

JA

* Der Genesenen-Nachweis muss mindestens 28 Tage und darf maximal 6 Monate alt sein

Impfnachweis des Besuchers

JA einmal zweimal dreimal

* Als vollständig geimpft gelten Personen 14 Tage nach der erforderlichen Zahl der Impfdosen (i.d.R. zwei Impfdosen, bei Johnson & Johnson eine Impfdosis) oder Personen, die eine Impfung (von zwei) erhalten haben und einen Genesenen-Nachweis vorzeigen können, der mind. 28 Tage alt ist.

Besuch (zwischen 14:00 - 17:00 Uhr)

Datum Uhrzeit Beginn Unterschrift Rezeption

..... Uhr

.....

Hinweis: Dieses Formular ist vor jedem Besuch auszufüllen!

Ihre Daten werden zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Ortspolizeibehörde nach §§ 16, 25 IfSG gespeichert. Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.

Bitte Rückseite beachten



Besucherselbstauskunft zu Covid-19 & Verpflichtungserklärung

Besucher Patient / Patientin:

Name: Vorname:

Besucherin / Besucher:

Name: Vorname:

Anschrift **oder**

Telefonnummer.....

Ehegatte/-gattin Sohn/Tochter Betreuer/in Sonstiges

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Waren Sie innerhalb der vergangenen vier Wochen mit dem Corona-Virus infiziert?
Oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hatten Sie innerhalb der vergangenen 14 Tage Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen mit Corona infiziert war, oder bei der in diesem Zeitraum ein nicht widerlegter Verdacht auf eine solche Infektion bestand? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (>37,5° Celsius)? Wieviel: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- oder Gliederschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allgemeine Hinweise für Besucher:

- Pro Patient:in ein Besucher am Tag für eine Stunde
- In unserer Klinik gelten für Besucher zu jeder Zeit FFP2-Maskenpflicht, Hygiene- und Abstandsregeln (>1,5 m)
- Beim Betreten der Klinik ist der Besucherfragebogen auszufüllen und zu unterschreiben sowie ein Berechtigungsnachweis vorzuzeigen
- Besuche sind im Zeitraum täglich zwischen 14:00 - 17:00 Uhr möglich
- Händeschütteln und Umarmungen sind nicht gestattet

Als Besucherin / Besucher verpflichte ich mich:

- Mich ausschließlich zu Besuchszwecken bei benannter Patientin / beim benannten Patienten aufzuhalten
- Innerhalb der Klinik ständig eine FFP2 Maske zu tragen
- Beim Betreten der Klinik gründlich die Hände zu desinfizieren
- Einen Sicherheitsabstand von mindestens 1,5 bis 2 Metern zu sämtlichen Personen einzuhalten
- Die Besucherselbstauskunft wahrheitsgemäß auszufüllen und einen offiziellen Berechtigungsnachweis vorzuzeigen
- Meine Kontaktdaten zur Kontaktnachverfolgung abzugeben
- Ich nehme Kenntnis, dass ein -auch fahrlässiges- Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

Datum..... Unterschrift

Bitte Rückseite beachten

