

In der momentanen Lage, dass sich die COVID-19-Infektionen immer noch ausbreiten, ist es für uns als Krankenhaus sehr wichtig unsere Patienten und Mitarbeiter zu schützen.

Sie haben sich für einen Patientenbesuch in unserer Klinik angemeldet. Um die Sicherheit unserer Patienten und Mitarbeiter zu gewährleisten, bitten wir Sie, uns folgende Fragen zu beantworten.

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- und Geruchsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Waren Sie selbst in den letzten vier Wochen mit dem Corona-Virus (SARS-CoV-2) infiziert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen mit dem Corona-Virus (SARS-CoV-2) infiziert war? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (> 37,5 ° Celsius) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- und Gliederschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sofern eine dieser Fragen mit JA zu beantworten ist, ist **ein Besuch leider nicht möglich**.

Als Besucher **verpflichte ich mich**,

1. Mich ausschließlich zu Besuchszwecken bei benannter Patientin/beim benannten Patienten im Patientenzimmer oder in einem ausgewiesenen Besucherbereich aufzuhalten.
2. Während des gesamten Besuchs einen Mund-Nasenschutz zu tragen und einen Mindestabstand von 1,5 Metern zu wahren und die Regeln der Händedesinfektion einzuhalten.
3. Und **nehme zur Kenntnis**, dass ein – auch fahrlässiges – Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

Hinweis:

- Unser Patient darf während der Dauer des Krankenhausaufenthaltes **einen ausgewählten** Besucher einmal täglich **für eine Stunde** in der Zeit von 14.30 Uhr – 17.00 Uhr empfangen.
- Deshalb bitten wir darum, bei Betreten des Krankenhauses auf Nachfrage unserer Mitarbeiter der Pforte, sich auszuweisen.
- In besonderen Ausnahmefällen, können nach Absprache mit dem behandelnden Arzt ggf. individuelle Lösungen gefunden werden unter denen ein dringender Besuch – unter Beachtung weiterer Schutzmaßnahmen – stattfinden kann. Dies gilt bspw. in der Sterbebegleitung.
- Ihre Daten werden nach vier Wochen gelöscht.

Bitte geben Sie Ihre Personalien an und nennen Sie den Patienten, den Sie besuchen wollen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Datum

Unterschrift Besucherin/Besucher

Besucherregister

(wird benötigt im Fall einer notwendigen Kontaktnachverfolgung)

Besucher/Besucherin

Angabe	Besucherin/Besucher
Name	
Vorname	
Anschrift oder Telefonnummer	

Wer wird besucht?

Angabe	Patient/Patientin
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Station/Bereich oder Zimmernr	

Besuchsdaten sind täglich an der Pforte zu erfassen!

Besuchsdatum: _____

Besuchszeit (Beginn und Ende): _____ Uhr bis _____ Uhr

Besuchsdatum: _____

Besuchszeit (Beginn und Ende): _____ Uhr bis _____ Uhr

Besuchsdatum: _____

Besuchszeit (Beginn und Ende): _____ Uhr bis _____ Uhr

Besuchsdatum: _____

Besuchszeit (Beginn und Ende): _____ Uhr bis _____ Uhr

Besuchsdatum: _____

Besuchszeit (Beginn und Ende): _____ Uhr bis _____ Uhr

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.