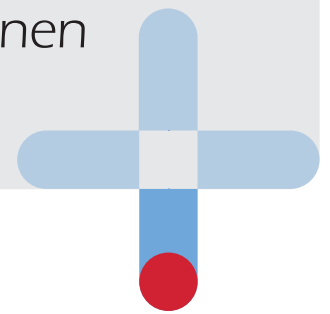




Dokumentation Besucher / Begleitpersonen

Datum _____



Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

wir freuen uns, dass wir Ihnen weiterhin Besuche in unserem Haus ermöglichen können.

Aufgrund der Corona-Pandemie ist der Zutritt in unser Haus zum Schutz unserer Patientinnen und Patienten allerdings nur unter strengen Auflagen möglich. Hierzu benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen bei jedem Besuch vollständig und wahrheitsgemäß aus!

Wen wollen Sie besuchen? Name und Geburtsdatum des Patienten:

.....

Wir müssen Ihre Daten für eine mögliche Rückverfolgung aufnehmen. Bitte geben Sie im Folgenden Ihre Kontaktdaten an (werden nach vier Wochen automatisch gelöscht):

.....
Name, Vorname des Besuchers/der Besucherin

.....
Adresse oder Telefonnummer

Ja Nein

1. Waren Sie in den letzten vier Wochen vor dem heutigen Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert? Oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion?

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Besuch Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen vor dem Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert war, oder bei der in dem Zeitraum ein nicht widerlegter Verdacht auf eine solche Infektion bestand?

3. Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen?

4. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Fieber, Husten, Luftnot Halsschmerzen, Geruchs-/Geschmacksstörungen, Schnupfen)?

5. Haben Sie Fieber bzw. erhöhte Temperatur größer/gleich 38°Celsius?

Sofern eine dieser Fragen mit JA beantwortet wird, **ist ein Besuch untersagt.**

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Ich bin mit der Registrierung meiner Daten einverstanden.

Datum, Unterschrift:

Bitte beachten Sie bei Ihrem Besuch folgende Hygiene-Regeln:

- ✓ Tragen Sie Ihre FFP2-Maske während des gesamten Aufenthalts im Krankenhaus.
- ✓ Halten Sie einen Sicherheitsabstand von mindestens 1,5 Metern zu anderen Personen.
- ✓ Desinfizieren Sie sich die Hände beim Betreten und Verlassen des Krankenhauses sowie beim Betreten und Verlassen des Patientenzimmers.
- ✓ Bitte begrenzen Sie den Aufenthalt auf maximal eine Stunde pro Tag.

Ein – auch fahrlässiges – Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft stellen eine Ordnungswidrigkeit dar und können geahndet werden.

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

