

Persönliche Angaben des Besuchers:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Adresse:
Telefonnummer:	PLZ & Ort:
E-Mail:	Besuchsdatum:
Name des besuchten Patienten:	

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen ...

Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person (auch beruflich)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Husten oder Halsschmerzen? Kurzatmigkeit oder Atemnot?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fieber und/oder Schüttelfrost?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kopf- oder Gliederschmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland? Wenn ja, wo? Land/ Region:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Sind Sie gegen Corona/COVID-19 geimpft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--	--------------------------	----------------------------

Wann und mit welchem Impfstoff?

1. Impfung: Datum _____ Impfstoff _____

2. Impfung: Datum _____ Impfstoff _____

Wurde eine Untersuchung von einer offiziellen Teststelle auf Corona/COVID-19 innerhalb der letzten 24 Std. durchgeführt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
---	--------------------------	----------------------------

Welcher Test?	<input type="radio"/> PCR	<input type="radio"/> Antigentest	Ergebnis?	<input type="radio"/> positiv	<input type="radio"/> negativ
----------------------	---------------------------	-----------------------------------	------------------	-------------------------------	-------------------------------

Waren Sie bereits an Corona/COVID-19 erkrankt und sind wieder genesen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
---	--------------------------	----------------------------

Datum der Erkrankung _____

Haben Sie als Genesener eine einmalige Impfung erhalten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
---	--------------------------	----------------------------

Datum _____ Impfstoff _____

Den ausgefüllten Fragebogen legen Sie bitte an der Rezeption vor.

Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten melden Sie sich bitte beim Verlassen der Klinik am Empfang ab.

Ich habe die Hygieneregeln zur Kenntnis genommen, sichere deren Einhaltung zu und bestätige, dass die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß sind. Des Weiteren willige ich ein, dass meine Daten maximal einen Monat aufbewahrt und auf Verlangen dem Gesundheitsamt herausgegeben werden dürfen.

Unterschrift

Auszufüllen vom Klinikmitarbeiter:

Besuch gestattet: HZ Mitarbeiter	
Besuchsbeginn Uhrzeit:	Klinik verlassen Uhrzeit:

Liebe Besucher,

bitte beachten Sie die Regelungen unseres Besuchskonzepts.

- Bitte füllen Sie unser Formular zur Sicherung der Nachverfolgbarkeit von Infektionen aus und geben Sie dieses auf der Station bei der zuständigen Pflegefachkraft vor ihrem Besuch ab.
- Die tägliche **Besuchszeit ist Montag – Freitag von 15.00 bis 17.00 Uhr, Samstag, Sonn- und Feiertag von 14.00 bis 17.00 Uhr.** Der Besuch ist auf **max. 1 Person** und **1 Stunde** begrenzt.
- Der Besuch unserer Klinik ist nur mit einem tagesaktuellen negativen Befund (nicht älter als 24h) von einer offiziellen Teststelle/Testzentrum möglich. Das gilt auch für Kinder ab 8 Jahren.
- Für vollständig Geimpfte und Genesene, die einen Impfnachweis oder einen gültigen Nachweis über die Genesung vorlegen, entfällt die Testverpflichtung.
- Das Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes ist für jeden Besucher während der gesamten Besuchszeit / Aufenthaltes in der Klinik verpflichtend.
- Eine Händedesinfektion ist beim Betreten und Verlassen der Klinik, der Station und des Patientenzimmers durchzuführen!
- Die allgemeinen Abstandsregelungen von 1,5 m sind einzuhalten.
- Setzen Sie sich auf einen Stuhl und nicht auf das Patientenbett.
- Besuche im Mehrbettzimmer sollten möglichst nacheinander erfolgen.