

Patienten-/Besucherinformation

**Liebe Patientinnen und Patienten,
liebe Besucherin und lieber Besucher,**

bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Besuche in Krankenhäusern während der SARS-CoV-2 Pandemie nur sehr eingeschränkt möglich sind.

Sie können nur unter folgenden Bedingungen zugelassen werden:

1. Es ist pro Tag maximal ein Besucher pro Patient gestattet.
2. Die maximale Besuchszeit beträgt 45 Minuten.
3. Es sollte sich nicht mehr als ein Besucher in einem Patientenzimmer aufhalten.
4. Der/Die Besucher/in muss seine vollständige Anschrift sowie seine Telefonnummer angeben.
5. Der/Die Besucher/in trägt die persönlichen Infektionsrisiken auf eigene Verantwortung.

Bitte halten Sie sich an folgende Schutzmaßnahmen:

- Der Mund-Nasen-Schutz darf in der Klinik zu keinem Zeitpunkt abgelegt werden
- Achten Sie auf eine regelmäßige Händedesinfektion, insbesondere vor dem Verlassen des Zimmers, nach Kontakt mit Ihrem Mund-Nasen-Schutz, nach dem Toilettenbesuch.
- Bitte halten Sie zu anderen Personen den Mindestabstand von 1,5 bis 2 m ein.
- Bitte begeben Sie sich umgehend auf die entsprechende Station des Patienten.

Halten Sie sich zur Sicherheit aller, genau an diese Vorgaben. Wir bitten Sie nun, den Fragebogen auf der Rückseite sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen. Sie schützen mit diesen Angaben sich, den zu besuchenden Patienten, Mitpatienten und die Mitarbeitenden unserer Klinik.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen an der Telefonzentrale ab.

Vielen Dank für Ihr Verständnis, bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Besucherfragebogen

Besucher Patient

Beginn des Besuches	Datum:	Uhrzeit:
----------------------------	--------	----------

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
Fieber?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Husten oder Halsschmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Eine akute Kurzatmigkeit bemerkt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Übelkeit, Erbrechen, Durchfall?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Eine plötzlich auftretende Beeinträchtigung des Geruchs- oder Geschmackssinns?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Reiserückkehrer aus einem Risikogebiet? Wenn ja, dann bitte ein negatives Testergebnis vorlegen.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Persönliche Angaben des Besuchers:

Nachname, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	

Ich habe die Hygieneregeln gelesen, sicherer deren Einhaltung zu und bestätige, dass die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß sind. Ferner bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich das Krankenhaus in spätestens 45 Minuten wieder verlasse!

Des Weiteren willige ich ein, dass meine Daten drei Wochen, maximal einen Monat, aufbewahrt und auf Verlangen dem Gesundheitsamt herausgegeben werden dürfen.

.....
Unterschrift