

Liebe*r Besucher*in,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns zu begrüßen.

Um die Nachverfolgung von Infektionen zu ermöglichen, müssen wir gemäß der 2. Verordnung zur Bekämpfung des Corona-Virus (Vom 13. März 2020) die Besuche für unsere Patient*innen einschränken.

Um mögliche Infektionen nachverfolgen zu können, müssen wir hierfür Ihre Daten erfassen. Selbstverständlich achten wir hierbei auf den Schutz Ihrer Daten.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Kontaktdaten der/des besuchten Patient*in:

Vorname, Name: _____

Fachabteilung/Station: _____

Kontaktdaten des Besuchers:

Vorname, Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

Besuchstag: _____ Besuchszeit: _____ bis _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns verbindlich die Einhaltung folgende Hygieneregeln:

- Beachten Sie bitte die Regeln der Hust- und Niesetikette
- Waschen Sie sich regelmäßig Ihre Hände für mindestens 20 - 30 Sekunden
- Lassen Sie sich durch unser Personal in die Handhabung der **hygienischen Händedesinfektion** (mindestens 30 Sekunden lang) einweisen
- Tragen Sie während Ihres Besuches immer einen Mund-Nasen Schutz
- Achten Sie auch hier auf den Sicherheitsabstand zu Ihren Mitmenschen; 1,5-2 Meter
- Kommen Sie nicht in die Klinik, wenn Sie sich unwohl fühlen
- Folgen Sie bitte den Anweisungen unserer Mitarbeiter*innen

**Bitte sprechen Sie unsere Mitarbeiter*innen bei allen Fragen an!
Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung!**

Ihre Klinikleitung

Gesundheitsfragebogen Besucher*in

Haben Sie in den letzten 14 Tagen eines der Risikogebiete gemäß der Liste des Robert-Koch-Instituts besucht?

Ja nein

Haben Sie grippeähnliche Symptome wie Fieber, Halsschmerzen, Atembeschwerden oder Husten?

Ja nein

Haben Sie kürzlich einen Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns bemerkt?

Ja nein

Standen Sie in den letzten 14 Tagen mit einer am SARS-CoV-2-Virus erkrankten Person in Kontakt?

Ja nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen mit einer Person in Kontakt, die sich in Quarantäne befindet oder befunden hat?

Ja nein

Es steht Ihnen frei, Angaben auf diesem Formular bzw. eine Unterzeichnung dieses Formulars zu verweigern. In diesem Fall behalten wir uns vor, von unserem Hausrecht Gebrauch zu machen und Ihnen den Zutritt zu verwehren.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Sie dies bei jedem Besuch erneut fragen müssen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese auch befolgen.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis Ärzt*in:

PEK

Unterschrift