



Name, Vorname	Vom Krankenhaus auszufüllen! Datum, Uhrzeit des Besuchs-<u>B</u>eginns
Adresse	Vom Krankenhaus auszufüllen! Uhrzeit des Besuchs-<u>E</u>ndes
Telefonnummer	Vom Krankenhaus auszufüllen! Covid-Test Uhrzeit: _____ <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv Impfstatus Datum: _____ <input type="checkbox"/> vollständig geimpft <input type="checkbox"/> unvollständig geimpft
Name, Vorname besuchte/-r Patient-in (soweit zutreffend)	Fachabteilung/Station

Haben Sie in den letzten 14 Tagen eines der Risikogebiete außerhalb von Deutschland gemäß der Liste des Robert-Koch-Instituts besucht? (siehe aushängende Liste oder Website des Robert-Koch-Instituts)

Ja Nein

Haben Sie grippeähnliche Symptome wie Fieber, 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

Bitte wenden!



Bitte beachten Sie: Die Hygiene- und Verhaltensregeln sind zwingend einzuhalten!
Insbesondere das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes ist Pflicht!
Bewahren Sie einen 1,5 Meter Abstand, auch zum Patienten, den Sie besuchen!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

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.

Datum	Unterschrift
--------------	---------------------

Hiermit bestätige ich, dass ich sowohl das Informationsblatt zum Datenschutz als auch das Informationsblatt zu den Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen Umgang mit dem Corona Virus erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese auch befolgen.

Datum	Unterschrift
--------------	---------------------



Bitte beachten Sie:

**Im gesamten Gebäude gilt Maskenpflicht.
Dies gilt auch für die Patientenzimmer!**

Vielen Dank

Art des Aufenthaltes: *Vom Krankenhaus auszufüllen!*

Ambulant Zentrale Notaufnahme Elektive Besucher

Ambulant-BP* Zentrale Notaufnahme-BP* Elektive-BP*

*Begleitperson