

Sehr geehrter Besucher, sehr geehrte Besucherin,

helfen Sie uns, unsere Patienten bestmöglich zu schützen und schützen Sie sich selbst! Bitte fragen Sie sich:

**Ist mein Besuch vor dem Hintergrund der aktuellen Lage wirklich nötig?
Denn mit jedem Besucher steigt das Infektionsrisiko!**

Grundsätzlich gilt die Regel: Ein Besucher pro Tag, pro Patient für 30 Minuten.

Der Personenkreis der Besucher soll möglichst überschaubar gehalten werden. Deshalb dürfen unsere Patienten nur durch zwei ausgewählte Personen besucht werden. Bitte klären Sie im Vorfeld, ob auch Sie als Besucher von ihrem Angehörigen benannt wurden und Sie damit Zutrittsberechtigt sind.

Darüber hinaus bitten wir Sie, **dieses Formular zu jedem Besuch ausgefüllt mitzubringen**, damit die Eingangskontrollen möglichst schnell und unkompliziert erfolgen. Ihre Daten werden selbstverständlich gemäß DSGVO behandelt. Die entsprechenden Datenschutzhinweise hängen aus.

Ihre Daten:

Namen, Vorname: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Besuch bei Patienten:

Name, Vorname: _____ am _____ 2020

Angaben zu Erkältungssymptomen/ Kontakte:

Haben sich heute oder innerhalb der letzten 14 Tagen eines der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

Fieber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Husten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Atemnot	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Allergien) erklärbar.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2/ Corona- positiven Menschen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem durch das RKI ausgewiesenen Risikogebiet aufgehalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

- Ich verpflichte mich das Krankenhaus umgehend zu informieren, wenn bei mir innerhalb von 7 Tagen nach meinem Besuch eine Erkrankung mit Nachweis des Coronavirus auftreten sollte.
- Mit der Einhaltung der aushängenden Hygiene-/Verhaltensregeln und der Corona-Hausordnung bin ich einverstanden.
- Mit meiner Unterschrift willige ich in der Erfassung und möglichen Weitergabe meiner Daten ein.

Unterschrift Besucher

Vielen Dank!