

Kontaktdaten des zu besuchenden Patienten (Auszufüllen vom Besucher)

Nachname _____

Vorname _____

Station/Fachbereich _____

Auszufüllen von Mitarbeiter Zentrale/Einlass

Anforderungen:

erfüllt (alles mit nein beantwortet)

nicht erfüllt, somit kein Einlass

Besucher erhält Zutritt am _____ um _____ Uhr

Aufklärung über Besuchsregeln erhalten durch: _____

Besucher verlässt das Krankenhaus um _____ Uhr

Angaben der Besuchsperson (Auszufüllen vom Besucher)

Nachname _____

Vorname _____

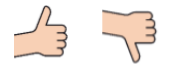
Straße Nr. _____






PLZ Wohnort _____

Telefonnummer _____

Mir ist bekannt, dass ich die Besuchsregeln einhalten muss und falsche Angaben ein Risiko für den gesamten Krankenhausbetrieb darstellen. Ein Verstoß dieser gesetzlichen Anordnung zieht rechtliche Folgen nach sich.

Datum _____ Unterschrift _____



Innerhalb der letzten 14 Tage:	Ja	Nein
Hatte ich Kontakt zu Personen mit nachgewiesenen Covid-19 Erkrankungen? 		
Hatte ich trockenen Husten und Schnupfen (nicht allergisch bedingt)? 		
Hatte ich merklich Fieber? 		
Hatte ich Geruchs- oder Geschmacksverlust? 		
Hatte ich Anfälle von Luftnot?		
Hatte ich Muskel- oder Halsschmerzen? 		

Besuchsregeln beinhalten:

- Anwendung eines gut sitzenden Mund-Nasenschutzes über Nase und Mund während des gesamten Aufenthalts
- Abstand mind. 1,5 Meter einhalten und unnötige Wege vermeiden
- Vor und nach dem Besuch die Hände im Patientenzimmer desinfizieren

