

KLINIKEN SCHMIEDER

Neurologisches Fach- und
Rehabilitationskrankenhaus

Besuchieranmeldung Kliniken Schmieder Konstanz

Name, Vorname des Besuchers:	Adresse Straße, Nr.: PLZ Ort: Landkreis: Telefonnummer:
Name des Patienten / Station / Zimmer Nummer:	
Anmeldung Datum / Uhrzeit: _____	Abmeldung Datum / Uhrzeit: _____
<u>Zugangsvoraussetzungen</u> Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> in den letzten 14 Tage keinen Kontakt zu einer Person hatte, die in den letzten vier Wochen vor dem Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert war, oder bei der in diesem Zeitraum ein nicht widerlegter Verdacht auf eine solche Infektion bestanden hat.<input type="checkbox"/> aktuell nicht unter Quarantäne stehe.<input type="checkbox"/> keine SARS-CoV-2-typischen Krankheitssymptome (v.a. Fieber, Husten, Halsschmerzen, Heiserkeit, Schnupfen, Kopfschmerzen, Atemnot, Geschmacks- und Geruchsstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall) habe oder in den letzten 14 Tagen hatte.<input type="checkbox"/> in den letzten vier Wochen vor dem Besuch nicht mit SARS-CoV-2 infiziert war und in diesem Zeitraum kein nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion bestand.<input type="checkbox"/> nicht aus einem Risikogebiet komme (Städte und Landkreise mit 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner innerhalb von 7 Tagen)	
Datum: _____	Unterschrift des Besuchers: _____
Temperaturmessung <37,6°C <input type="checkbox"/> ja (wird in der Klinik gemessen)	
Die Regeln für Besucher habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich werde diese befolgen. Bei falschen Angaben oder Fehlverhalten behalten wir uns Konsequenzen, wie z. B. Hausverbot oder rechtliche Schritte vor.	
Datum: _____	Unterschrift des Besuchers: _____