

Die nachfolgenden Angaben bitten wir Sie wahrheitsgemäß zu beantworten und durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Besucherdaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Patientendaten:

Name Patient: _____ Station: _____

Besuchstag / Datum: _____**Besuchszeit max. 1 Stunde
pro Patient/Tag**

- 15:00 Uhr – 16:00 Uhr
 16:00 Uhr – 17:00 Uhr
 17:00 Uhr – 18:00 Uhr

1. Leiden Sie aktuell unter Halsschmerzen, Husten, Heiserkeit, Schnupfen, Kopfschmerzen, Fieber, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, neu aufgetretener Riechstörung, erhöhter Temperatur über 37,5 °C JA NEIN
2. Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem COVID-19-Erkrankten oder einem nicht widerlegten Verdachtsfall?? Hierzu gehören auch Kontakte zu Corona-Infizierten 48 Stunden bevor bei dem Infizierten die ersten Symptome auftraten. JA NEIN
3. Waren Sie in den letzten vier Wochen selbst an COVID-19 erkrankt oder bestand bei Ihnen ein nicht nachweislicher widerlegter Krankheitsverdacht? JA NEIN
4. Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet, gemäß RKI JA NEIN
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html

Regeln während des Aufenthaltes in der Klinik:

- Mindestabstand zu anderen Personen (>1,5 m) ist stets einzuhalten.
- Mund-Nasen-Schutz ist während des gesamten Aufenthaltes in der Klinik zu tragen.
- Die Besuchszeit ist lediglich während der o.g. Zeit gestattet.
- Maximal 1 Stunde Besuchszeit ist erlaubt.
- Händedesinfektion ist beim Betreten der Klinik vorzunehmen.

Hiermit bestätige ich, dass ich die o.g. Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und die beschriebenen Regeln während des gesamten Aufenthaltes einhalten werde.

Datum_____
Unterschrift Besucher

Gültig bis: 31.12.2020	Freigabe am 10.07.2020	durch: SFT	Version 02
Letzte Änderung am: 10.07.2020		durch: Fr. Radovic	
Erstellt am: 14.05.2020		durch: Fr. Radovic	