

Name, Vorname des Patienten: _____**Name, Vorname des Besuchers:** _____**Telefon-/Handy-Nr.:** _____**Einlassgrund:** _____**Zugangsvoraussetzungen:**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich

- innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Erkrankten oder einem nicht widerlegten Verdachtsfall hatte.
- aktuell nicht unter Quarantäne stehe.
- in den letzten vier Wochen vor meinem Besuch nicht mit COVID-19 infiziert war und kein nicht widerlegter Verdacht mit einer solchen Infektion bestand.
- keine COVID-19-typischen Krankheitssymptome (z.B. Fieber, Husten, Halsschmerzen, Heiserkeit, Schnupfen, Kopfschmerzen, Atemnot, Geschmacks- und Geruchsstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall) habe.
- in den letzten 14 Tagen in keinem vom RKI definierten Risikogebiet war.
(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html)

Information für Patienten:

- Besuch darf nur im Umfang der aktuellen Besuchsregelung empfangen werden.
- Das Gelände sollte nur nach Rücksprache mit dem Stationsarzt / der Stationsärztin verlassen werden. Auf den Besuch von Gaststätten, Geschäften oder die Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs ist zu verzichten.
- Außerhalb des Patientenzimmers sollte immer ein Mund-Nasen-Schutz getragen werden, ebenso wenn ein Mitarbeiter das Zimmer betritt.

Information für Angehörige:

Während Ihres Besuchs in der Klinik müssen die aushängenden Besuchsregeln (z. B. Mundschutz, Händedesinfektion) eingehalten werden. Ein Nichteinhalten führt zu einer Aufhebung der Besuchserlaubnis.

Oben genannte Beschränkungen sowie die Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum_____
Unterschrift

Erstellt: 03/2020	überprüft: 26.08.2020	Nächste Überprüfung: 10/2020
Zuständigkeit: Hygiene	Freigegeben: Hr. Prof. Schoenfeld/ Hr. Wegener Ersteller: Fr. Hartung /Fr. Stuetz	Version 03