

Besucher-Registrierung für Geimpfte und Genesene | 2G+

Liebe:r Besucher:in,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns zu begrüßen. Dies ist in Zeiten von Covid-19 jedoch nur unter strengen Vorgaben möglich. Zu Ihrem Schutz, dem Schutz unserer Patient:innen und Mitarbeiter:innen sind wir zum Zweck einer schnellen Nachverfolgbarkeit möglicher Infektionsketten gemäß des aktuellen Infektionsschutzgesetzes verpflichtet, Ihre Anwesenheit in unserem Klinikum zu dokumentieren.

Zutritt ist nur für Geimpfte oder Genesene mit zusätzlichem Negativtest möglich (PCR-Test nicht älter als 48h oder Antigen-Schnelltest höchstens 24h). Daher können wir Ihnen den Zutritt in unser Krankenhaus nur gestatten, wenn Sie **bei jedem Besuch** dieses Besucher-Registrierungsformular ausfüllen und unterzeichnen. Bitte legen Sie das Formular gemeinsam mit Ihrem **Negativtest** sowie Ihrem **Impfpass** (vollständige Anti-Corona-Impfung vor mind. 14 Tagen) oder einem **Attest vom Arzt bzw. Gesundheitsamt** über eine Genesung von einer Covid-19-Erkrankung vor weniger als sechs Monaten am Haupteingang vor und geben Sie es dann auf der Station, auf der Ihr:e Angehörige:r liegt, bei einem/einer Pflegemitarbeiter:in ab, bevor Sie das Patientenzimmer aufsuchen. Der Bogen wird nach sechs Monaten datenschutzkonform von uns entsorgt.

Bitte beachten Sie:

- Die Hygiene- und Verhaltensregeln sind zwingend einzuhalten!
- Insbesondere das **durchgehende Tragen einer FFP-2-Maske ohne Ventil** ist Pflicht!
Bewahren Sie 1,5 Meter Abstand, auch zum Patienten/zur Patientin, den/die Sie besuchen!

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Vorname und Nachname besuchte:r Patient:in

Vorname und Nachname Besucher:in

Anschrift Besucher:in

Telefonnummer oder E-Mail-Adresse Besucher:in

Besuchstag:

Uhrzeit:

Bitte wenden >>>

Haben Sie?

- | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Fieber | <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 |
| Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Schnupfen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Durchfall | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Geschmacks- und Geruchsstörungen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

Geimpft oder Genesen?

(durch das Krankenhaus auszufüllen)

Der/die Besucher:in ist laut vorgelegtem offiziellem Dokument

- vollständig gegen Covid-19 geimpft.** Impfung vor mind. 14 Tagen erfolgt.
- Von einer Covid-19-Erkrankung genesen.** Genesung vor weniger als 6 Monaten.
- negativ auf Covid-19 getestet.** (PCR-Test nicht älter als 48h, Antigen-Schnelltest max. 24h)

Besucher:in auf Station:

Stempel des Krankenhauses

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einer/einem vom Robert-Koch-Institut zum Virusvariantengebiet, Hochinzidenzgebiet oder Risikogebiet ernannten Region/Land aufgehalten?

- ja nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem Covid-19-(Verdachts)-Patienten?

- ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Es steht Ihnen frei, Angaben auf diesem Formular bzw. eine Unterzeichnung dieses Formulars zu verweigern. In diesem Fall behalten wir uns vor, von unserem Hausrecht Gebrauch zu machen und Ihnen den Zutritt zu verwehren.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Sie dies bei jedem Besuch erneut fragen müssen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich sowohl das Informationsblatt zum Datenschutz als auch das Informationsblatt zu den Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen zur Kenntnis genommen habe (u.a. Aushang in den Eingangsbereichen).

Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese auch befolgen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift