

Besucherregister

(wird benötigt im Fall einer notwendigen Kontaktnachverfolgung)

Besucher/Besucherin

Angabe	Besucherin/Besucher
Name	
Vorname	
Ggf. Firma	
Anschrift oder Telefonnummer	

Wer wird besucht?

Angabe	Patient/Patientin oder Bereich
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Station/ Zimmernr. oder Bereich <small>(Bei Bereich bitte den Grund angeben, z.B Gutachten, externe Dienstleistung).</small>	

Besuchsdatum: _____

Besuchszeit (Beginn und Ende): _____ Uhr bis _____ Uhr

Ihre Daten werden zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Ortspolizeibehörde nach §§ 16, 25 IfSG gespeichert. Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.

Selbstauskunft zu COVID-19 und Verpflichtungserklärung

Sie haben sich für einen Besuch in unserer Klinik angemeldet. Um die Sicherheit unserer Patienten und Mitarbeiter zu gewährleisten, bitten wir Sie, uns folgende Fragen zu beantworten.

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- und Geruchsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Waren Sie selbst in den letzten vier Wochen mit dem Corona-Virus (SARS-CoV-2) infiziert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen mit dem Corona-Virus (SARS-CoV-2) infiziert war? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (> 37,5 ° Celsius) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Temperatur: _____ | | |
| 6. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- und Gliederschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sofern eine dieser Fragen mit JA zu beantworten ist, ist **ein Betreten der Klinik leider nicht möglich.**

Hinweis: In besonderen Ausnahmefällen, können nach Absprache mit dem behandelnden Arzt ggf. individuelle Lösungen gefunden werden unter denen ein dringender Besuch – unter Beachtung weiterer Schutzmaßnahmen – stattfinden kann. Dies gilt bspw. in der Sterbebegleitung.

Als Besucher **verpflichte ich mich,**

- Mich ausschließlich zu Besuchszwecken bei benannter Patientin/beim benannten Patienten im Patientenzimmer oder in einem ausgewiesenen Besucherbereich aufzuhalten.
- Während des gesamten Besuchs einen Mund-Nasenschutz zu tragen, einen Mindestabstand von 1,5 Metern zu wahren und die Regeln der Händedesinfektion einzuhalten.
- Und **nehme zur Kenntnis**, dass ein – auch fahrlässiges – Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

Bitte geben Sie nun noch umseitig Ihre Personalangaben an und nennen Sie den Patienten, den Sie besuchen wollen.

Datum

Unterschrift Besucherin/Besucher / ambulanter Patient/ externer Dienstleister

Herzlichen Dank.

Daten werden nach vier Wochen gelöscht.