Tagesdatum

Besuchsberechtigung

Datenerfassung aufgrund Coronavirus – Pandemie
Dieses Dokument berechtigt Sie **einmalig** für den Besuch einer/s Patientin/en.
Die Dauer des Besuchs ist auf **eine Stunde** beschränkt.
Sie sind angehalten, den Besucheraufkleber sichtbar zu tragen.
Beim Verlassen des Krankenhauses geben Sie den Besucheraufkleber an der Ausgabestelle wieder ab.

Besucher/in: Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen ***Pflichtfeld**

Name, Vorname	*
Telefonnummer	*
Wohnort, Straße	*

Besuchte/r Patient/in oder Ansprechpartner und Einsatzort der Fremdfirma :

Name, Vorname	* /Abteilung
Station / Zimmer	***Station**_____ **Zimmer**_____
Anwesenheits-zeiten Wird vom Krankenhaus ausgefüllt!	Betreten des Krankenhauses Uhrzeit: _____Uhr Kürzel des Mitarbeiters: _____ Verlassen des Krankenhauses Uhrzeit: _____Uhr Kürzel des Mitarbeiters:

Gesundheits- und Immunstatusfragen

Haben Sie grippeähnliche Symptome wie Fieber, Atembeschwerden oder Husten?	ja ☐	nein ☐
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen mit einer am SARS-CoV-2-Virus erkrankten Person Kontakt?	ja ☐	nein ☐
Haben Sie eine ***vollständige Schutzimpfung*** gegen das Coronavirus länger als 14 Tage?	ja ☐	nein ☐
Haben Sie ein ärztliches ***Attest über die Genesung*** einer Corona-Infektion (innerhalb 6 Monaten)?	ja ☐	nein ☐
Haben Sie den Nachweis eines ***negativen Antigen-Tests*** (< 24 h alt)?	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 machen wir von unserem Hausrecht Gebrauch und verwehren Ihnen den Zutritt.
Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Sie dies bei jedem Besuch erneut fragen müssen.

…… ……..
Ort, Datum Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich die Möglichkeit hatte, am Empfang des Krankenhauses, das **Informationsblatt zum Datenschutz** als Ausdruck erhalten. Auch habe ich die ausgehängten **Informationsblätter zu den Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen** zur Kenntnis genommen. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese auch befolgen.

…… ……
Ort, Datum Unterschrift