

SELBSTAUSKUNFT FÜR PATIENTEN, BESUCHER UND BEGLEITPERSONEN

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____

1. Wurden Sie bereits geimpft? 1. Impfung 2. Impfung
Wann erhielten Sie Ihre 2. Impfung? _____
2. Waren Sie bereits an Corona erkrankt und sind genesen? Ja Nein
Wenn ja, wann waren Sie an Corona erkrankt? _____
3. Wurden Sie innerhalb der letzten 24 Stunden auf das Coronavirus getestet und können einen negativen Befund vorweisen? Ja Nein
4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eines dieser Krankheitssymptome:
Fieber, Husten, Atemnot, Geruchs- und Geschmacksstörungen? Ja Nein
5. Stehen Sie derzeit unter Quarantäne? Ja Nein

Grund des Kommens

- ambulante Behandlung in welcher Abteilung: _____
- stationäre Behandlung in welcher Abteilung: _____
- Patientenbesuch auf Station _____ Name: _____
- erforderliche Begleitperson, Name des Patienten: _____

Wichtig für Besucher

Die mir mitgeteilten Hygienemaßnahmen werde ich befolgen, den Anweisungen des Krankenhauspersonals Folge leisten. Ausnahmeregelungen außerhalb der regulären Besuchszeiten gelten für Kindsväter, Angehörige palliativer Patienten sowie Angehörige schwerstkranker Patienten, welche Besucher dies betrifft legt der behandelnde Arzt fest.

Die tägliche Besuchszeit ist von 14:30 Uhr bis 17:00 Uhr, Ihre persönliche Besuchsdauer beträgt 30 Minuten.

Bitte haben Sie Verständnis, dass sich für Sie als Besucher die Regelungen auch kurzfristig – angepasst an die epidemiologische Situation – wieder ändern können.

Unterschrift Patient/Besucher

Wird vom Krankenhauspersonal ausgefüllt

Antigenschnelltest in der Klinik durchgeführt: Ergebnis positiv negativ

Temperatur: _____ °C Impfstatus/Coronatest/Genesenenbescheinigung auf Richtigkeit kontrolliert

Zugangsberechtigung erteilt: Ja Nein Unterschrift Clearingstelle: _____