

Führen Sie dieses Dokument während des Besuchs immer bei sich! Geben Sie es beim Verlassen des Gebäudes am Ausgang ab.

# Besuchsberechtigung

Dieses Dokument berechtigt Sie **einmalig** für den Besuch einer Patientin oder eines Patienten.

Die Dauer des Besuchs ist auf **eine Stunde** beschränkt. Ein Besuch ist nur **zwischen 13.00 Uhr und 16.00 Uhr** möglich.

Führen Sie diese **Besuchsberechtigung** bei sich. Sie ist auf Aufforderung des Krankenhauspersonals **vorzuzeigen**.

**Beim Verlassen** des Krankenhauses geben Sie den Berechtigungsschein unbedingt im Ausgangsbereich ab.

## Bitte beachten Sie:

- Die Hygiene- und Verhaltensregeln sind zwingend einzuhalten!
- Ein Mund-Nasen-Schutz ist Pflicht! Bewahren Sie 1,5 Meter Abstand – auch zum Patienten, den Sie besuchen!
- Lesen Sie sich die zu dieser Besuchsberechtigung mit geltenden Informationen sorgfältig durch!

## Angaben zur/zum besuchten Patientin/Patienten:

Vorname, Name: .....

Vorname, Nachname des Besuchers: .....

## Vom Krankenhaus auszufüllen

Datum und Uhrzeit bei Betreten des Krankenhauses: .....

Patient liegt auf Station: .....

Unterschrift/Kürzel des Krankenhauspersonals: .....

Uhrzeit bei Verlassen des Krankenhauses: .....

Unterschrift/Kürzel des Krankenhauspersonals: .....

Geben Sie dieses Dokument ausgefüllt und unterschrieben vor Ihrem Besuch am Eingang ab!

# Abfrage der Gesundheitsdaten

Dieses **Formular zur Abfrage Ihrer Gesundheitsdaten** ist bereits am Empfang **bei Zutritt** zum Krankenhaus abzugeben.

Vorname, Nachname: .....

Anschrift: .....

Telefonnummer: .....

Name des/der Patient\*in: ..... Station: .....

## Gesundheitsfragen

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem der Risikogebiete gemäß der Liste des Robert-Koch-Instituts (siehe [RKI-Übersicht](#) und ausgehängt vor Ort)?

ja       nein

Haben Sie grippeähnliche Symptome wie Fieber, Atembeschwerden oder Husten?

ja       nein

Haben Sie kürzlich einen Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns bemerkt?

ja       nein

Standen Sie in den letzten 14 Tagen mit einer am SARS-CoV-2-Virus erkrankten Person in Kontakt?

ja       nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen mit einer Person in Kontakt, die sich in Quarantäne befindet oder befunden hat?

ja       nein

Sollte eine Frage mit Ja beantwortet werden, wird Ihnen auf Basis der geltenden Corona-Schutzmaßnahmen der Zutritt verwehrt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer vorstehenden Angaben.

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

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihre Gesundheitsdaten bei jedem Besuch erneut erfragen müssen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich das **Informationsblatt zum Datenschutz** und das **Informationsblatt zu den Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen** zur Kenntnis genommen habe. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese befolgen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift