

# Besucherschein

Bitte leserlich in Druckschrift ausfüllen und unterschreiben.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ Bezug (z.B. Ehepartner)

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Besuch von Patient(in) Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Station \_\_\_\_\_

## Bitte melden Sie sich vor dem Betreten des Patientenzimmers am Stationsstützpunkt!

Als Besucher versichere ich hiermit, dass mir die geltenden Hygiene- und Verhaltensregeln bekannt sind und von mir eingehalten werden.

- Einhaltung des Mindestabstands / nur 1 Besucher zeitgleich im Patientenzimmer/Absprache Besuchszeit Zimmernachbar/1 Stunde Besuchszeit
- ! - **Das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, bzw. einer Klinikeigenen Gesichtsmaske, für die gesamte Dauer meines Aufenthaltes**
- Das Zimmer darf während meines Besuchs nicht verlassen werden.

Ich versichere weiterhin, dass ich gesund bin (kein Fieber, kein Husten oder Erkältungssymptome) und in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu an COVID-19 erkrankten Personen gehabt habe.

Mir ist bekannt, dass der Zutritt nur über den Haupteingang möglich ist und am Eingang eine Eingangskontrolle mit Datenerfassung und Temperaturmessung erfolgt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für die Dauer des Aufenthalts vom oben genannten Patienten aufbewahrt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt der Hygienerichtlinien.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucher