

# Besucherschein

Bitte leserlich in Druckschrift ausfüllen und unterschreiben.

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_ Bezug (z.B. Ehepartner)  
Telefonnummer \_\_\_\_\_  
Besuch von Patient(in) Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Station \_\_\_\_\_

Das Krankenhaus darf betreten werden von Besuchern,

1. die vollständig geimpft sind (Vorlage Impfausweis),
2. die nach einer Sars CoV2-Infektion genesen sind (ab 28 Tagen nach dem ersten positiven PCR-Test bis 6 Monate nach der Erkrankung),
3. die einen tagesaktuellen negativen PoC-Test einer anerkannten Teststelle schriftlich nachweisen können

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 medizinischen Gesichtsmaske für die gesamte Dauer meines Aufenthaltes, insbesondere auch im Patientenzimmer.**
- 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