

 <small>Gesund werden. Gesund leben.</small>	<h2>Nachweisdokument COVID-19</h2>	Ansprechpartner: KL
Geltungsbereich: AK Altona	<h3>Testnachweise Besucher/Begleitpersonen</h3>	

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der Neuregelung des Infektionsschutzgesetzes (insbes. §28b IfSG), werden für Krankenhäuser umfangreiche Testpflichten eingeführt, die auch Sie als Besucher:in betreffen. Unabhängig von Ihrem Impf- bzw. Genesenstatus, dürfen Sie das Krankenhaus **nur** mit einem **negativen Testergebnis** betreten. Wir sind als Klinik dazu aufgefordert, den Nachweis zu überprüfen und zu dokumentieren.

Wir möchten Sie daher bitten, uns dabei zu unterstützen und die folgenden Informationen zu beachten sowie die Fragen verantwortungsvoll zu beantworten.

**Bitte füllen Sie nachfolgende Felder aus:**

**Hier mit versichere ich, dass ich wissentlich**

- 1. aktuell keine Leitsymptome einer Covid-19 Erkrankung habe und**
- 2. keiner behördlichen/gesetzlichen Quarantäne unterliege und**
- 3. in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zur einer positiv getesteten Covid-19 Person hatte**

Datum: \_\_\_\_\_

Vor und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname  
der zu begleitenden/  
besuchten Person: \_\_\_\_\_

Besucher Bereich/Station: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit aller Angaben.

**X**

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

**Vorhandensein des Testnachweises:**

[ ] negatives Testergebnis (Antigentest max. 24 Stunden, PCR max. 48 Stunden) eines offiziellen Testzentrums, keine Selbsttests

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Klinikmitarbeiter