

<b>Fachbereich/ Abteilung</b>	<b>Standort: Alle HH - Standorte</b>	Seite 1 von 1
-------------------------------	--------------------------------------	------------------

Es sind alle Punkte auszufüllen, andernfalls ist ein Zugang zu den Stationen **nicht** zu gewähren.  
 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie Personen mit Atemwegsinfektionen dürfen bis auf weiteres die Kliniken **nicht** betreten.  
 Sollten Erkältungssymptome oder respiratorische Erkrankungen insbesondere mit Anzeichen für eine COVID-19-Erkrankung vorhanden sein, ist der Besuch nicht gestattet.

**Bitte beantworten diese Fragen (Bitte alles in Druckbuchstaben ausfüllen.)**

Fragen	Antwort
Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem der Risikogebiete aufgehalten? Wenn Ja Datum der Rückkehr eintragen: .....	JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen direkten persönlichen Kontakt zu (von z.B. dem Gesundheitsamt) bestätigten Corona - Virus Patienten?	JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Symptome (Fieber, Husten, Atemprobleme) gezeigt, ähnliche einer Grippe?	JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hygienemaßnahmen zur Handhygiene sind mir bekannt.	JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

**Bitte beachten Sie**

- Während des stationären Aufenthalts darf ein Besucher täglich für maximal eine Stunde begrenzt kommen
- Entweder wird ein Impfdokument zum Nachweis der Impfung gegen COVID vorgezeigt oder ein negatives Covid-Testergebnis, das nicht älter als 12 Stunden ist.
- Für die Besucher gelten in der Klinik **Abstandsgebot** und **FFP 2-Maskenpflicht**.
- Besucher ohne eigene Maske erhalten keinen Zutritt.
- Die Hände sind zu desinfizieren.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Nachname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Kontaktperson im Krankenhaus / Welche Station in der Klinik:**

**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Nachname:** \_\_\_\_\_

**Station:** \_\_\_\_\_ **Abteilung:** \_\_\_\_\_

**Grund des Besuches:** Besuch eines Angehörigen  medizinisch empfohlene Begleitung eines Angehörigen   
 Termin in einer Ambulanz unserer Klinik

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_