

## BESUCHSERFASSUNGSBOGEN

Datum des Besuchs: \_\_\_\_\_ Besuchszeit von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

**Patientendaten:** Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

**Besucherdaten:** Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

telefonisch erreichbar: \_\_\_\_\_

### Angehörigen-, Besucherstatus (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ehegatte/Ehegattin  
 Lebenspartner/Lebenspartnerin, Verlobter/Verlobte  
 Sonstige nahe Angehörige (bitte konkret benennen): \_\_\_\_\_  
 Rechtsanwalt:ältin/Notar:in/Seelsorger:in/rechtliche Betreuungsperson oder Gleichgestellte  
 externer Dienstleister, Firma \_\_\_\_\_

### Hiermit bestätige ich, dass

- ich meine 2. Covid-Impfung –mind. 2 Wochen zurückliegend - erhalten habe  Impfdokument vorgelegt  
 ich von einer Covid-Erkrankung genesen bin und 1 Covid-Impfung erhalten habe  Impf-GA-Dokument vorgelegt  
 ich keinen längerfristigen, engen Kontakt zu einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person hatte und nicht selbst nachweislich mit dem Virus infiziert bin.  neg. Antigenschnelltest vorgelegt

 ich **nicht** an den folgenden Symptomen leide:

 Schnupfen, Halsschmerzen, Husten, Kopf- und Gliederschmerzen, Fieber, abdominelle Beschwerden, Diarrhoe, schweres Krankheitsgefühl/Abgeschlagenheit oder Beeinträchtigung des Geruchs- und/oder Geschmacksinns und **bestätige, dass dies auch auf die mit mir im Haushalt lebenden Personen zutrifft.**

 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift Besucher:in

### Aktualisierung

Ich bestätige die obigen Angaben erneut:

Datum	Besuchszeit von – bis	Unterschrift Besucher*in

### Tagesaktueller Covid-Test (Antigen-Schnelltest) liegt vor:

Datum	Unterschrift Mitarbeiter:in ASK	Datum	Unterschrift Mitarbeiter:in ASK