

Formular für Besucher, die weder im vollen Impfschutz sind noch eine Covid-19 Erkrankung während der letzten 6 Monate hatten

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Schutz unserer Patienten, Mitarbeiter und aller Angehörigen, wollen wir eine Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 in unserer Klinik verhindern. Es werden deshalb nur in Ausnahmefällen und nach Absprache Besuche ermöglicht.

Bitte befolgen Sie unsere Hygienerichtlinien zum Schutz aller:

- **In der gesamten BDH- Klinik muss ein FFP2 – Mund - Nasenschutz getragen werden (gerne können Sie diesen mitbringen).**
Wir bitten Sie daher, während Ihres Aufenthaltes auf das Einnehmen von Speisen und Getränken zu verzichten.
- da der Mund – Nasenschutz während des Aufenthaltes in unserer Klinik nicht abgezogen werden darf, ist ein Einnehmen von Speisen und Getränken während des Besuches leider nicht möglich
- Vor Betreten und nach Verlassen der Klinik muss eine Händedesinfektion durchgeführt werden
- Zu allen Personen muss immer ein Mindestabstand von 1,5 m gehalten werden
- Kein Händeschütteln und keine Umarmung
- Einhaltung der Husten- und Niesetikette

Bei Missachtung der Hygienerichtlinien kann ein Besuchsverbot ausgesprochen werden. Vor dem Betreten unserer Klinik bitten wir Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten und persönlich zu unterschreiben. Haben Sie Verständnis, dass Sie das Formular bei jedem Besuch erneut ausfüllen müssen. Sollte bei nachfolgenden Fragen ein „ja“ angekreuzt werden, muss zwingend vor Ihrem Besuch Rücksprache mit unseren Klinikmitarbeitern gehalten werden.

Checkliste Gesundheitsfragen

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, bei der eine Corona Infektion bestätigt wurde oder die sich in Quarantäne befindet?

ja:

nein:

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Aufenthalt in einem Hochinzidenz- und/oder Virusvariantengebiet, nach denen Sie in Deutschland quarantänepflichtig sind oder waren?

ja:

nein:

3. Leiden Sie unter folgenden Krankheitssymptomen: **Fieber, Halsschmerzen, Schnupfen, Husten, Durchfall, Verlust von Geruchs- oder Geschmackssinn?**

ja:

nein:

4. Sind Sie noch nicht 2-fach gegen Covid-19 geimpft (d.h. mindestens 2 Wochen nach der 2.-Impfung)?

ja:

nein:

5. Hatten Sie eine Covid-19 Infektion, die länger als 6 Monate her ist und sind danach noch nicht gegen Covid-19 geimpft?

ja:

nein:

Vor Betreten der Klinik ist entweder ein max. 24h alter Antigen-Schnelltest oder einen max. 48h alten PCR-Test vorzuweisen. Im Bedarfsfall kann ein Antigen-Schnelltest im Haus durchgeführt werden. Bei positivem Testergebnis ist ein Besuch nicht möglich.

Ich bin darüber informiert, dass die Angaben im Bedarfsfall zur Ermittlung von Kontaktpersonen an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben werden können. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese einhalten.

Besucherauskunft

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail/Telefonnummer:

Wenn vorhanden

PoC-Ag Schnelltest (max.24h)
oder

PCR-Test (max.48h) vom:

Besuch bei

Patientin/Patient/Station:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.
Bei Falschangaben muss mit rechtlichen Folgen gerechnet werden.
Das Informationsblatt zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum: _____

Unterschrift: _____