

Formular für Genesene; vollständig Geimpfte und genesen Geimpfte 1/2

Besucherauskunft

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail/Telefonnummer:

Besuch bei

Patientin/Patient/Station:

Passierschein erhalten am:

Datum/Uhrzeit

Passierschein gültig bis:

Datum/Uhrzeit

Unterschrift des Mitarbeiters
der BDH-Klinik:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Bei Falschangaben muss mit rechtlichen Folgen gerechnet werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

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. Auch wenn die Zahlen der Infektionen mit dem SARS-CoV2 – Virus mittlerweile erfreulich rückläufig sind, müssen weiterhin Regeln eingehalten werden.

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.
- 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 zu beantworten und persönlich zu unterschreiben. Zusätzlich bitten wir Sie um Vorlage des Personalausweises. Sollte bei einer der nachfolgenden Fragen ein „ja“ angekreuzt werden, erhalten Sie von uns einen Passierschein, der im Gültigkeitszeitraum auch für weitere Besuche zählt. Diesen sollten Sie bei jedem weiteren Besuch gemeinsam mit Ihrem Personalausweis vorlegen.

Checkliste Gesundheitsfragen

1. Sind Sie vor mindestens 2 Wochen mit der 2.- Dosis gegen Covid-19 geimpft?

ja:

nein:

2. Hatten Sie eine Covid-19 Infektion, deren Quarantäne beendet ist?

ja:

nein:

falls ja, Datum des Erkrankungsbeginns: _____

3. Sind Sie (Covid-19) genesen und haben Sie eine Impfung erhalten:

ja:

nein:

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. Das Informationsblatt zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Bei Falschangaben muss mit rechtlichen Folgen gerechnet werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____