



# Besuchsberechtigung

Dieses Dokument berechtigt Sie **einmalig** für den Besuch einer Patientin oder eines Patienten.

Die Dauer des Besuchs ist auf **eine Stunde** beschränkt.

**Ein grundsätzliches Betretungsverbot besteht für Personen die selbst oder Angehörige des gleichen Hausstandes Krankheitssymptome für COVID-19, insbesondere Fieber, trockenen Husten (nicht durch chronische Erkrankung verursacht), Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinns, aufweisen, oder solange Angehörige des gleichen Hausstandes einer individuell angeordneten Absonderung nach § 30 IfSG aufgrund einer möglichen Infektion mit SARS-CoV-2 unterliegen.**

**Beim Verlassen des Krankenhauses melden Sie sich bitte unbedingt an der Patientenaufnahme / Station ab.**

**Bitte beachten Sie:** Die Hygiene- und Verhaltensregeln sind zwingend einzuhalten!

Insbesondere das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes ist Pflicht! Bewahren Sie einen 1,5 Meter Abstand, auch zum Patienten, den Sie besuchen!

Lesen Sie sich das mit dieser Besuchsberechtigung übergebene Informationsblatt sorgfältig durch!

## **Kontaktdaten der/des besuchten Patientin/Patienten:**

Vorname, Name: .....

Fachabteilung/Station: .....

## **Kontaktdaten des Besuchers:**

Vorname, Nachname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Telefonnummer: .....

Datum und Zeitpunkt bei Betreten des Krankenhauses: .....

Unterschrift/Kürzel des Krankenhauspersonals: .....

Datum und Zeitpunkt bei Verlassen des Krankenhauses: .....

Unterschrift/Kürzel des Krankenhauspersonals: .....

### Gesundheitsfragen

Haben Sie in den letzten 14 Tagen eines der Risikogebiete gemäß der Liste des Robert-Koch-Instituts besucht? (siehe aushängende Liste)

Ja       nein

Haben Sie grippeähnliche Symptome wie Fieber, Atembeschwerden oder Husten?

Ja       nein

Haben Sie kürzlich einen Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns bemerkt?

Ja       nein

Standen Sie in den letzten 14 Tagen mit einer am SARS-CoV-2-Virus erkrankten Person in Kontakt?

Ja       nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen mit einer Person in Kontakt, die sich in Quarantäne befindet oder befunden hat?

Ja       nein

**Ich bestätige, dass weder ich noch ein Angehöriger des gleichen Hausstandes Krankheitssymptome für COVID-19, insbesondere Fieber, trockenen Husten (nicht durch chronische Erkrankung verursacht), Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinns, aufweisen, oder ein Angehörige des gleichen Hausstandes einer individuell angeordneten Absonderung nach § 30 IfSG aufgrund einer möglichen Infektion mit SARS-CoV-2 unterliegt.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Es steht Ihnen frei, Angaben auf diesem Formular bzw. eine Unterzeichnung dieses Formulars zu verweigern. In diesem Fall behalten wir uns vor, von unserem Hausrecht Gebrauch zu machen und Ihnen den Zutritt zu verwehren.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Sie dies bei jedem Besuch erneut fragen müssen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich das **Hinweisblatt zu den Besuchsregelungen im Ev. Krankenhaus Gesundbrunn** erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese auch befolgen.

.....  
Ort, Datum  
Stand, 03.05.2021

.....  
Unterschrift