

## SELBSTAUSKUNFT PATIENTEN, BESUCHER UND BEGLEITPERSONEN

### Persönliche Daten

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Nur für Besucher und Begleitpersonen zusätzlich Adresse und Telefonnummer:

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

Telefonnummer \_\_\_\_\_

1. Wurden Sie bereits geimpft?  1. Impfung  2. Impfung  
Wann erhielten Sie Ihre 2. Impfung? \_\_\_\_\_
2. Waren Sie bereits an Corona erkrankt und sind genesen?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann waren Sie an Corona erkrankt? \_\_\_\_\_
3. Wurden Sie innerhalb der letzten 24 Stunden auf das Coronavirus getestet und können einen negativen Befund vorweisen?  Ja  Nein
4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eines dieser Krankheitssymptome: Fieber, Husten, Atemnot, Geruchs- und Geschmacksstörungen?  Ja  Nein
5. Stehen Sie derzeit unter Quarantäne?  Ja  Nein

Impfstatus/Coronatest/Genesenenbescheinigung auf Richtigkeit kontrolliert  Ja

Unterschrift Clearingstelle: \_\_\_\_\_

### Grund des Kommens

- Patient
- Patientenbesuch auf Station \_\_\_\_\_ Name des Patienten: \_\_\_\_\_
- erforderliche Begleitperson: Name des Patienten: \_\_\_\_\_

### Wichtig für Besucher

Die mir mitgeteilten Hygienemaßnahmen werde ich befolgen, den Anweisungen des Krankenhauspersonals Folge leisten. Ausnahmeregelungen außerhalb der regulären Besuchszeiten gelten für Kindsväter, Angehörige palliativer Patienten sowie Angehörige schwerstkranker Patienten. Welche Besucher dies betrifft legt der behandelnde Arzt fest.

**Die tägliche Besuchszeit ist von 14:30 Uhr bis 17:00 Uhr (letzter Einlass). Ihre persönliche Besuchsdauer beträgt 30 Minuten. Bitte bringen Sie Ihren Nachweis (Impfnachweis, Genesenen-Bescheinigung oder negatives Testergebnis) zu jedem Besuch mit.**

**Bitte haben Sie Verständnis, dass sich für Sie als Besucher die Regelungen auch kurzfristig – angepasst an die epidemiologische Situation – wieder ändern können.**

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Besucher