

## Besuchsberechtigung

Datenerfassung aufgrund Coronavirus – Pandemie

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

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

Sie werden gebeten, die **Besuchsberechtigung** bei sich zu führen und auf Aufforderung des Krankenhauspersonals **vorzuzeigen**. Beim Verlassen des Krankenhauses geben Sie den Berechtigungsschein unbedingt im Ausgangsbereich ab. Das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete **Formular zur Abfrage der Gesundheitsdaten** ist bereits am Empfang **bei Zutritt** zum Krankenhaus abzugeben.

### Besucher/in:

Name, Vorname	*	* Pflichtfeld
Telefonnummer	*	
Wohnort, Straße	*	

### Besuchte/r Patient/in:

Name, Vorname	*
Station / Zimmer	*
Besuchszeiten  <b>Wird vom Krankenhaus ausgefüllt!</b>	Betreten des Krankenhauses Uhrzeit: _____ Kürzel des Mitarbeiters: _____  Verlassen des Krankenhauses Uhrzeit: _____ Kürzel des Mitarbeiters: _____

# Gesundheitsfragen von \*

(Vorname, Name)

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

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

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 machen wir von unserem Hausrecht Gebrauch und verwehren Ihnen den Zutritt.

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich die Möglichkeit hatte, am Empfang des Krankenhauses, das **Informationsblatt zum Datenschutz** als Ausdruck erhalten. Auch habe ich die ausgehängten **Informationsblätter zu den Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen** zur Kenntnis genommen. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese auch befolgen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift