



Name, Vorname	Datum, Uhrzeit des Besuch-Beginns Vom Krankenhaus auszufüllen!
Adresse	Uhrzeit des Besuch-Endes Vom Krankenhaus auszufüllen!
Telefonnummer	Bemerkung Vom Krankenhaus auszufüllen!
Name, Vorname besuchte/-r Patient/-in (soweit zutreffend)	Fachabteilung/Station

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

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

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 / zur Patienten/-in, den/die Sie besuchen!



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.

Datum	Unterschrift
--------------	---------------------

Hiermit bestätige ich, dass ich sowohl das Informationsblatt zum Datenschutz als auch das Informationsblatt zu den Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese auch befolgen.

Datum	Unterschrift
--------------	---------------------