



# Besuchsberechtigung

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.

**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 die mit dieser Besuchsberechtigung übergebenen Informationsblätter sorgfältig durch!

## Kontaktdaten der/des besuchten Patientin/Patienten:

Vorname, Name: .....

Fachabteilung/Station: .....

## Kontaktdaten des Besuchers:

Vorname, Nachname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Telefonnummer: .....

## Besuchszeiten:

Vom Krankenhaus auszufüllen!

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

Unterschrift/Kürzel des Krankenhauspersonals: .....

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

Unterschrift/Kürzel des Krankenhauspersonals: .....

Name des/der Patient\*in: ..... Station und Zimmer: .....

Vorname, Nachname: .....

Anschrift: .....

Telefonnummer: .....

### 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

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 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.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift