

Besucherformular in der Corona-Pandemie

Sehr geehrte Besucherinnen und Besucher,
um unsere Patienten bestmöglich versorgen zu können und unser Personal zu schützen, sind Ihrerseits folgende Schutzmaßnahmen einzuhalten:

- Im gesamten Gelände des SKH Arnsdorf ist das Tragen einer **FFP-2-Maske Pflicht**.
- Desinfizieren Sie sich bitte die Hände.
- Wahren Sie mindestens 1,5 Meter Abstand zu anderen Personen und unserem Personal.
- Sie werden bei Ihrer Ankunft vor Ihrem Besuch mit einem **Corona-Schnelltest** von unserem Personal getestet bzw. legen einen tagaktuellen Schnelltest eines Testzentrums vor und haben nur mit einem negativen Testergebnis Zutritt. Ausgenommen von der Testpflicht sind Corona-Genesene (max. 6 Monate nach Erkrankung) und vollständig geimpfte Personen. Weitere Informationen dafür entnehmen Sie bitte unserer Homepage (Besuchsregelungen Startseite).

Registrierung Ihres Besuchs: Jeder Besucher muss sich über dieses Formular **registrieren**.

Dieser Fragebogen / alle Daten werden 4 Wochen nach Erfassung vernichtet.

Bitte geben Sie das vollständig ausgefüllte Formular bei Ihrem Besuch beim Pflegepersonal ab.

Name, Vorname des Patienten:	
Station:	
Angaben zum/zur Besucher/in	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
Datum des Besuchs:	
Besuchszeit (von – bis):	

Bitte kreuzen Sie an:

		Ja	Nein
1.	Sind Sie vollständig (2 Wochen nach Zweitimpfung) gegen Covid-19 geimpft oder gelten nachweislich als genesen (maximal 6 Monate nach positivem PCR-Test) ?		
2.	Waren Sie in den vergangenen 14 Tagen urlaubs- oder arbeitsbedingt verreist oder wohnen bzw. arbeiten Sie in einem Risikogebiet? Falls JA, wo? _____		
3.	Haben Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei denen der Infektionsfall „Coronavirus (SARS-CoV-2)“ durch Labortests bestätigt wurde?		
4.	Haben Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei denen ein begründeter Verdacht auf den Infektionsfall „Coronavirus (SARSCoV- 2)“ besteht?		
5.	Eine Corona-Infektion äußert sich durch grippeähnliche Symptome, wie: trockener Husten, Schnupfen, Fieber, Halsschmerzen, Durchfall, Geschmacksverlust, Geruchsverlust und Abgeschlagenheit, ggf. Atemnot. Leiden Sie an einem dieser genannten Symptome? Falls JA, welches? _____		
6.	Sind Sie oder ein Mitglied Ihres Haushaltes derzeit unter häusliche Quarantäne gestellt?		

Ich erkläre ausdrücklich, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum | Unterschrift Besucher: _____

Ergebnis Schnelltest:

Datum | Unterschrift Personal: _____

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!