

Besucherformular in der Corona-Pandemie

Sehr geehrte Besucherinnen und Besucher,

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. Um unsere Patienten bestmöglich versorgen zu können und unser Personal zu schützen, sind Ihrerseits folgende Schutzmaßnahmen einzuhalten:

- Im SKH Arnsdorf ist das Tragen einer **FFP2-Maske** für Besucher in allen Bereichen Pflicht.
- Desinfizieren Sie sich bitte beim Betreten und Verlassen der Gebäude Ihre Hände.
- Wahren Sie mindestens 1,5 Meter **Abstand** zu anderen Personen.
- 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. Die Testpflicht besteht entsprechend der gültigen Corona-Notfallverordnung vom 19.11.2021 für jeden Besucher unabhängig vom Geimpften-/ Genesenenstatus. Weitere Informationen dafür entnehmen Sie bitte unserer Homepage (Besuchsregelungen Startseite).

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!**