

Checkliste für Besucher

Datum des Besuchs: _____

Vor- und Nachname des Besuchers, Telefonnummer

Vor- und Nachname des Patienten

- **Legitimation für den Besuch durch:**
 - Negatives Testergebnis
(PCR-Test nicht älter als 48 h, POC-Antigentest nicht älter als 24 h,
jeweils von einer akkreditierten Stelle, z. B. vom Hausarzt, Impfzentrum oder Apotheke)
 - Impfpass für vollständigen Impfschutz
 - Nachweis nach genesener Infektion durch Quarantäneanordnung oder
durch das Ergebnis eines positiven PCR-Tests
- **Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem positiven Corona-Fall oder zu jemanden in Corona- Quarantäne?**
Ja nein
- **Besteht bei Ihnen oder einer Ihrer Kontaktpersonen der Verdacht auf eine noch nicht bestätigte Infektion mit dem Corona-Virus mit angeordneter häuslicher Quarantäne?**
Ja nein
- **Stehen Sie selbst in Quarantäne?**
Ja nein
- **Fühlen Sie sich krank? Leiden Sie unter Symptomen wie Husten, Fieber, Atembeschwerden, Halsschmerzen, zeitweisem Verlust des Geruchs- oder Geschmacksinn?**
Ja nein
- **Körpertemperatur:** _____ °C

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Zudem bestätige ich, dass ich mich an die Hygienevorgaben der Klinik halten werde. Auch bei Einhaltung der genannten Hygienemaßnahmen besteht durch den Besuch ein Restrisiko für eine Infektion. Hierfür übernimmt die Klinik keine Haftung.

Ich bin mit meiner namentlichen Registrierung, der Angabe einer Telefonnummer, unter der ich regelmäßig zu erreichen bin, der Speicherung der Daten und einer Archivierung für 30 Tage einverstanden. Bei Verdacht einer Erkrankung sowie bei Anfrage werden die Daten an die zuständige Behörde weitergeleitet.

Datum, Unterschrift des Besuchers

Unterschrift des Mitarbeiters

Erstellt: Arbeitsgruppe, AG Erstelldatum: 14.05.2020	Abt: Alle Klinik-Mitarbeiter Geprüft: Feichtner, Helga. Ltg. QM	Freigegeben: Trotz, Michael. Gesch. VL
Stand: 19.05.2021	Version: 3	Nächste Revision: 19.05.2023