

Besucherselbstauskunft und -erklärung zu SARS-CoV-2:

Besucherin/ Besucher:

Name: _____

Vorname: _____

- 1) Waren Sie in den letzten 4 Wochen mit dem Coronavirus infiziert oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer Infektion? Ja Nein
- 2) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, die in den letzten 4 Wochen mit Corona infiziert war
- 3) oder bei der ein nicht widerlegter Verdacht bestand? Ja Nein
- 4) Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (> 37,5° Celsius)? Ja Nein
- 5) Haben Sie (neu aufgetretene) Geschmacks- oder Geruchsstörungen? Ja Nein
- 6) Haben Sie (neu aufgetretene) Beschwerden der Luftwege, namentlich in Form von trockenem Husten? Ja Nein

Sofern eine dieser Fragen mit **JA** zu beantworten ist, ist nach aktueller Rechtslage **ein Besuch nicht gestattet**.

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach den derzeitigen Coronaregelungen des Landes Baden-Württemberg die besuchte Person nur **einen Besucher pro Tag** empfangen darf und dass ich als Besucherin/Besucher **verpflichtet bin**,

- einen **negativen Coronatest** vorweisen zu können, der bei einem Antigentest höchstens 48 h alt sein darf, bei einem PCR-Test höchstens 72 h,
- während des gesamten Besuchs in der Einrichtung eine **FFP2-Maske** zu tragen,
- wenn immer möglich einen **Mindestabstand von 1,5 Metern** zu anderen Personen zu wahren,
- mir bei Betreten des Krankenhauses die **Hände** mit dem am Eingang zur Verfügung gestellten Desinfektionsmittel **zu desinfizieren**,
- zu Beginn meines Besuchs meine **Kontakt Daten** und die Besuchszeit für den Fall einer erforderlichen Kontaktnachverfolgung anzugeben.

Ich nehme zudem zur Kenntnis, dass das Krankenhaus bei Verstößen ein **Besuchsverbot verhängen kann** und dass der Zutritt ohne FFP2-Maske oder ohne negativen Coronatest eine **Ordnungswidrigkeit** darstellt, die mit einem Bußgeld geahndet werden kann.

(Datum)

(Unterschrift)

Besucherregistrierung*

Besuchte Person

Besucher Patient/in:
(Vor- und Nachname)

Station:

Angabe Besucherin/Besucher

Vorname, Name
der Besucherin/des Besuchers:

Anschrift **ODER** Telefonnummer der
Besucherin/des Besuchers:

Besuchszeit

Besuchsdatum: _____

Besuchszeit (Beginn und Ende): _____ Uhr bis _____ Uhr

* Ihre Daten werden zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Ortspolizeibehörde nach §§ 16, 25 IfSG gespeichert. Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.

Bescheinigung über das Vorliegen eines positiven oder negativen Antigentests

<p>Es wird das Vorliegen eines</p> <p><input type="checkbox"/> positiven Antigentests</p> <p><input type="checkbox"/> negativen Antigentests</p> <p>bescheinigt für</p>		
	Name	Vorname
	Anschrift	Geburtsdatum
<p>Der PoC-Antigentest wurde durchgeführt von</p>		
	Name	Vorname
	Ausführende Stelle (Bezeichnung, Anschrift)	-Stempel-
	Herstellernamen des verwendeten Antigentests	
	Testzeitpunkt (Datum und Uhrzeit der Probenentnahme)	Unterschrift
		x