



## Klinik Haus Vogt 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**,

- 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 **Kontaktdaten** 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 eine Ordnungswidrigkeit darstellt, die mit einem Bußgeld geahndet werden kann.**

\_\_\_\_\_

(Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)



## Besucherregistrierung\*

### Besuchte Person

Besuchter 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**

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