

CORONA- BESUCHERFORMULAR

Bitte geben Sie dieses Formular ausgefüllt am Eingang ab.

Name, Vorname (Besucher)

Geb.- Datum

Datum Besuch

Tel.Nr. (Besucher)

Name des Patienten

Station d. Patient

1. GEIMPFT?

Nachweis über eine abgeschlossene Corona-Impfung?

JA

NEIN

oder

2. GENESEN?

Nachweis einer durchgemachten Corona-Infektion in den letzten sechs Monaten?

JA

NEIN

oder

3. GETESTET?

Nachweis über ein negatives Corona-Testergebnis? (PCR nicht älter als 48 Stunden oder Antigen-Schnelltest nicht älter als 24 Stunden)

JA

NEIN

und

GESUND?

Innerhalb der letzten 14 Tage

- Keine Anzeichen einer Atemwegserkrankung
- Keine Anzeichen eines fieberhaften Infektes
- Kein Kontakt zu einer mit dem SARS-Corona-Virus erkrankten Person

JA

BITTE BEACHTEN SIE:

- FFP2-Maskenpflicht für alle Besucher, auch im Patientenzimmer
- Ein Besucher pro Patient und Tag bei einer Stunde maximaler Besuchszeit
- Besuchszeit 14:00 Uhr bis 18:00 Uhr
- Trotz aller Sicherheitsmaßnahmen kann auch bei einem Klinikbesuch ein Restrisiko für eine Infektion mit dem Corona-Virus nicht ausgeschlossen werden.

Unterschrift Besucher

VOM PERSONAL DER PFORTE ZU BEARBEITEN

GESUND und EINE von Frage 1. – 3. mit „Ja“ beantwortet



Prüfung des
Zertifikats/Nachweises

KEINE Frage von 1. – 3. mit „Ja“ beantwortet



ODER keinen gültigen Nachweis vorgelegt

Keinen Zutritt zur Klinik gewähren

oder in begründeten Ausnahmefällen bitte Rücksprache mit dem zuständigen Arzt oder Hebamme mit Entscheidung über weiteres Procedere

- Zulassung von Begleitpersonen von Besuchern nur in begründeten Fällen
- Nach einem COVID-Infekt reicht eine Impfung für den vollständigen Immunstatus und den Zugang zur Klinik aus

Name Arzt _____

Kommentar Arzt (Begründung der Entscheidung):

Name Mitarbeiter Pforte _____