

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 oder bei der ein nicht widerlegter Verdacht bestand? Ja Nein
- 3) Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (> 37,5° Celsius)? Ja Nein
- 4) Haben Sie (neu aufgetretene) Geschmacks- oder Geruchsstörungen? Ja Nein
- 5) 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 der „Coronaverordnung Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen“ des Landes Baden-Württemberg die besuchte Person regelhaft **nur einen Besucher pro Tag** empfangen darf und dass ich als Besucherin/Besucher **verpflichtet bin**,

- während des gesamten Besuchs in den Innenräumen der Einrichtung eine **Mund-Nasen-Bedeckung** zu tragen,
- einen **Mindestabstand von 1,5 Metern** zu jeder anderen Personen zu wahren, es sei denn, ich bin mit der anderen Person in gerader Linie verwandt oder deren Schwester/ Bruder/(Groß-)Tante oder Onkel/(Groß-)Nichte oder Neffe oder lebe im gleichen Haushalt oder bin Ehegatte/Lebenspartner/Partner einer der vorgenannten Personen,
- 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 ein – auch fahrlässiges Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

(Datum)

(Unterschrift)



Besucherregistrierung*

Besuchte Person

Besucher Patient/in: _____
(Vor- und Nachname)

Station und Zimmernummer: _____

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 Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. c), d), e) DSGVO, sowie auf Art. 9 Abs. 2 lit. i) DSGVO i. V. m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c) BDSG.

Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.