

2.3.14. Checkliste für Besucher

Sie wollen folgende Person besuchen:

Name, Vorname Geb.-Datum

Ihre Kontaktdaten:

Name, Vorname

Anschrift

Telefonnummer

Von den Besuchsberechtigungen ausgenommen sind:

- Minderjährige unter 18 Jahren
- Besucher mit Erkältungssymptomen und/oder Fieber ab 37⁵ °C oder Kontakt zu einer Covid-positiven Person in den letzten 14 Tagen
- **Keine Besuche** sind erlaubt bei Patienten mit **unklaren PCR-Status, Covid-Patienten, Patienten mit V.a. Covid** und auf **Intensivstation nur nach Rücksprache**

Ich bestätige, dass ich derzeit keine der folgenden Symptome habe, oder in den letzten 14 Tagen hatte:



Fieber, Husten, Geruchs- oder Geschmacksstörungen, Schnupfen, Durchfall, allgemeines Krankheitsgefühl jeglicher Stärke; keinen Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten oder positiv getesteten Person hatte und nicht in einem COVID-19 Risikogebiet aufgehalten habe.

Nachweis über einen negativen SARS-CoV-2 Test

PoC-Antigen-Schnelltest (gültig 24 h nach Abnahme) Datum: _____
 PCR-Test (gültig 48 h nach Abnahme) Datum: _____

Impfnachweis

2 Impfungen (gültig ab dem 15. Tag nach 2. Impfung) Datum: _____
 1 Impfung (nur bei Johnson&Johnson) (gültig ab dem 15. Tag) Datum: _____
 1 Impfung nach Genesung (gültig ab 1. Tag nach Impfung) Datum: _____

Nachweis Genesung

positives PCR-Testergebnis (mind. 28 Tage zurückliegend, nicht älter als 6 Monate) Datum: _____

Hinweis zur Datenverarbeitung:

Die Datenerhebung erfolgt nach Art. 10 Bayerisches Infektionsschutzgesetz i. V. m. Vierte Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung vom 05.05.2020. Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 mit Wirkung ab dem 09.05.2020.
Demnach müssen alle Besucher namentlich registriert sein.
Die Registrierung dient zudem als Grundlage für eine etwaige Nachvollziehbarkeit von Infektionsketten durch das Gesundheitsamt.

Datum

Unterschrift Besucher

geprüft (Klinikmitarbeiter)