

2.3.13. 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
- Besuche von Personen, die in den letzten 10 Tagen unter unspezifischen Allgemeinsymptomen und/oder respiratorischen Symptomen jeder Schwere gelitten haben oder in den letzten 10 Tagen Kontakt zu einer pos. getesteten Person hatten, sind untersagt.
- **Keine Besuche** sind erlaubt bei Patienten mit **unklaren PCR-Status, Covid-Patienten, Patienten mit V.a. Covid** und auf **Intensivstation und onkologischer Bereich** nur nach **Rücksprache**

Ich bestätige, dass ich derzeit keine der folgenden Symptome habe, oder in den letzten 10 Tagen hatte:



Fieber, Halsschmerzen, Husten, Geruchs- oder Geschmacksstörungen, Schnupfen, Durchfall, allgemeines Krankheitsgefühl jeglicher Stärke; keinen Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten oder positiv getesteten Person hatte.

Nachweis über einen negativen SARS-CoV-2 Test

PoC-Antigen-Schnelltest (tagesaktuell)

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)