



## BESUCHSAUSWEIS

(nur gültig zusammen mit Personalausweis oder Führerschein)

Sehr geehrte Besucher, sehr geehrte Besucherin des Krankenhauses,

im Rahmen der anhaltenden Corona-Pandemie müssen wir weiterhin dafür Sorge tragen, so gut als möglich keine Infektion in das Krankenhaus hinein zu tragen.

Zu Ihrem und zum Schutz unserer Patient:innen bitten wir Sie um Beantwortung und Beachtung der folgenden Fragen und Vorgaben:

Bitte überprüfen Sie diese täglich für sich selbst, und messen Sie täglich Ihre Körpertemperatur.

Ich hatte in den letzten 3 Tagen	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Fieber <i>Temperatur 38°C oder höher</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten, Schnupfen und/oder Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot <i>die Luft/ das Atmen war schlechter als sonst</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Änderung von Geruch oder Geschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfälle <i>der Stuhl war anders als sonst</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Ich hatte in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die selbst solche Beschwerden hatte, die an Corona erkrankt oder in häuslicher Quarantäne / Isolation ist oder war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Ich bin selbst bereits in häuslicher Quarantäne gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Ich bin in den letzten 14 Tagen im Ausland gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hinweise für die geplante weitere stationärer Betreuung Ihres Angehörigen:

Bitte halten auch Sie bestmöglich die Isolierungsmaßnahmen / Eigenquarantäne ein.

Bitte beachten Sie im täglichen Leben die AHA-Regeln (Abstandsregel, Regeln der Händehygiene und das Tragen eines Mundschutzes) und vermeiden Sie unnötige Kontakte.

Sollten sich in der Zwischenzeit bei Ihnen **grippeähnliche Symptome** (s.o.) zeigen,

müssen Sie uns bitte informieren und **auf einen Besuch verzichten**,

Ihr Hausarzt sollte einen SARS-CoV-2 Abstrich veranlassen.

Bitte selbst eintragen: Persönliche Daten der Besucher:in

Name:	Patient:
Straße:	Station:
PLZ / Wohnort :	
Telefonnummer:	Besuchsbeginn:

**Ich erkläre, dass ich die vorgenannten Ausführungen verstanden habe und einhalten werde.**

Mir ist bewusst, dass ein abweichendes Verhalten das Leben meines im Krankenhaus betreuten Angehörigen und das anderer Patient:innen gefährden kann.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift