

Hinweis: FFP-2-Pflicht (ohne Ventil)

Bitte beschränken Sie Ihren Besuch auf maximal eine Stunde! Vielen Dank!

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Patientendaten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

1. Negatives Testergebnis (Hausarzt oder offizielles Testzentrum/Antigen-Schnelltest maximal 24 h/PCR-Test maximal 48 h alt)

	Ja	Nein
Liegt ein aktuelles negatives Antigen-Schnelltest -Ergebnis nicht älter als 24 h vor?		
Liegt ein aktuelles negatives PCR-Test -Ergebnis nicht älter als 48 h vor?		

2. Symptome/Quarantäne

Leiden Sie aktuell bzw. litten Sie in den letzten 14 Tage an Symptomen wie:	Ja	Nein
Fieber		
Trockener Husten (nicht durch chronische Erkrankungen verursacht)		
Verlust von Geruchs- und/oder Geschmackssinn		

3. Ausnahmegrund

Gesetzlicher Betreuer/Rechtsanwaltsbesuch/Notarbesuch		
Seelsorge		
Begleitpersonen (medizinisch begründet, unabdingbar)		
Eltern(teil) eines minderjährigen Kindes		
Geburtsbegleitung (Hinweis: wenn Sie die Geburt begleiten und danach das Krankenhaus verlassen, greift das Besuchsverbot!)		
Begleitung im Sterbeprozess/Abschiednahme		
Ethisch-soziale Gründe für einen Besuch (nur nach besonderer Absprache und mit dem behandelnden Arzt/Ärztin)		

<u>Weiterhin geltende Regeln für Besuche:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Maskenpflicht (FFP <u>ohne</u> Ventil) - Abstandspflicht (1,5 m) - Hygieneregeln umsetzen 		
---	--	--

Hiermit bestätige ich, dass die oben gemachten **Angaben wahrheitsgemäß und vollständig** sind und ich sowohl die Information zum Datenschutz als auch den Hinweis auf die zwingend einzuhaltenden Hygieneregeln zur Kenntnis genommen habe.

 Ort, Datum

 Unterschrift