

**Hinweis für Besuche von Patienten: Bitte beschränken Sie Ihren Besuch auf maximal eine Stunde! Vielen Dank!**

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

### Patientendaten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

### 1. Geimpft/Genesen/Getestet (< 24 h alt)

	Ja	Nein
Sind Sie bereits vollständig gegen SARS-CoV-2- geimpft? (D.h. die 1. oder sofern erforderlich 2. Impfung liegt > als 14 Tage zurück? <b>Nachweiskontrolle!</b> )		
Waren Sie selbst an „Corona“ erkrankt und sind inzwischen einmalig gegen „Corona“ geimpft? <b>Nachweiskontrolle!</b>		
Waren Sie selbst an „Corona“ erkrankt und haben einen „Genesenennachweis“ erhalten (= negativer PCR-Nachweis mind. 28 Tage/max. 6 Monate her)? <b>Nachweiskontrolle!</b>		
Sind Sie tagesaktuell (< 24 h alt) negativ auf SARS-CoV-2 getestet (AG-ST oder PCR von offizieller Teststelle)? <b>Nachweiskontrolle!</b>		

### 2. Symptome/Quarantäne

Leiden <b>Sie</b> 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		
Unterliegt einer Ihrer Angehörigen (gleicher Hausstand) aktuell einer Quarantäne des Gesundheitsamtes <b>wegen einer besorgniserregenden Mutation (nicht B.1.1.1.7)?</b>		

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

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