



Dieser Teil des
Dokumentes ist für den
Besucher

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

unsere Patienten sind in keiner angenehmen Situation, zumal in diesen Zeiten. Umso schöner ist es, dass Sie sich sorgen und einen Besuch abstatten. Dies soll für alle Beteiligten mit größtmöglicher Sicherheit erfolgen.

Um etwaige Infektionswege nachverfolgen zu können bitten wir Sie, sich beim Besucherdienst anzumelden. Wir notieren für 30 Tage Ihren Namen, Vornamen, Telefonnummer und Adresse.

Vorbeugen ist immer besser als heilen. Beachten Sie deshalb bitte unsere Hygienerichtlinien:

1. Organisatorisches/Besucherregistrierung

- Kein Besuch von COVID-19-Patienten und Patienten mit Verdacht Covid19-Infektion
- Besuchszeit täglich (Montag bis Sonntag) von 15.00 bis 18.00 Uhr **nach Registrierung am Haupteingang; Einlassschluss 17:30 Uhr** → Besuchsdauer maximal **eine halbe Stunde**
- **Pro Patient ein Besucher pro Tag**
- Besucher müssen **mindestens 16** Jahre alt sein
- In Mehrbettzimmern sollte sich nur ein Besucher aufhalten, maximal aber zwei Besucher
- Ausnahmen zur Besuchsregelungen sind nach **individueller voriger** Absprache mit der Station möglich (z.B. Palliativstation, Notfallzentrum, Intensivstation, Begleitung Schwerkranker und Sterbender)
- **Generell** Vorlage eines Personalausweises oder eines anderen Identifikationsdokumentes (z.B. Führerschein oder Krankenversichertenkarte)
- Betreten und Verlassen des Klinikums nur über den Haupteingang im 1. Stock
- **Auf Station am Stationsstützpunkt mit Besucherschein melden, diesen dort abgeben**

2. Hygienemaßnahmen

- **Bitte machen Sie zuhause einen Coronatest (nicht älter als 24h – Antigen oder PCR)**
- Tragen des medizinischen Mund-Nasen-Schutz (MNS) **während des gesamten** Aufenthalts im Klinikum
- Besuch unter Einhaltung eines Mindestabstandes von 1,50 m
- Während des Besuches trägt auch der **Patient eine medizinische MNS-Maske**

Besucherschein

Besucher (Name, Vorname): _____

Patient (Name, Vorname): _____

Station: _____ Zimmernummer: _____

Daten Patient:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Station: _____

Daten Besucher:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel-Nr.: _____

Adresse: _____

Fragen zum Gesundheitszustand des Besuchers

1. Waren Sie an COVID-19 erkrankt?
 ja nein
2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber oder erhöhte Körpertemperatur?
 ja nein
3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Atemnot oder Husten?
 ja nein
4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Symptome, die auf eine Atemwegserkrankung hinweisen (z.B. Halskratzen, Ohrenscherzen)?
 ja nein
5. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Störungen des Geruchs- oder Geschmackssinns?
 ja nein
6. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person die an COVID-19 erkrankt war?
 ja nein
7. Sind Sie vollständig geimpft (15 Tage nach 2. Impfung), Genesene mit einer Schutzimpfung oder Genesene (Tag 28 bis 6 Monate nach der Covid-Infektion)?
 ja nein

Sollten Sie eine der Fragen 1-6 mit **Ja** beantwortet haben, bitten wir Sie zum Schutz des Patienten und Ihrem eigenen Schutz von einem Besuch Abstand zu nehmen.

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe, **und in den vergangenen 24 h einen Coronatest (Antigen oder PCR) durchgeführt habe ohne Hinweis auf eine vorliegende COVID-Erkrankung.**

Ich versichere, mich an die Hygienevorgaben des Klinikums zu halten. Auch bei Einhaltung der genannten Hygienemaßnahmen besteht durch den Besuch ein Restrisiko für eine Infektion. Hierfür übernimmt das Klinikum keine Haftung. Ich bin mit der Speicherung meiner Daten für insgesamt 30 Tage aufgrund des Infektionsschutzgesetzes einverstanden und diese auch bei Anfrage oder Verdacht einer Erkrankung an die zuständigen Behörden weiterleitet.

Mir ist bewusst, dass das Verschweigen von relevanten Informationen, Falschangaben zu meinem Corona-Infektionsstatus sowie das nicht Einhalten von Quarantäneauflagen strafrechtliche Folgen haben kann.

Straubing, den _____ Unterschrift Besucher: _____
Datum (Stempel)