

Fragebogen für Besucherinnen und Besucher

Sehr geehrte Damen und Herren,
die Besucherregelungen werden aufgrund der Beschlüsse der Bayerischen Staatsregierung und in Abstimmung mit dem Landratsamt Rhön-Grabfeld festgelegt.

Bitte beachten Sie die Besucherinformation, die Sie an der Rezeption erhalten.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrem Besuch aus und geben ihn an der Rezeption ab.

Zu besuchende/r Patient /Patientin

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	

Besucher/Besucherin

Name, Vorname:	
Adresse:	
Tel./Handy-Nr.:	

COVID-19 Gesundheitsfragen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

1.	Sind Sie aktuell von einer Behörde offiziell unter Quarantäne gestellt worden oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Kontakt zu einer COVID-19 positiven Person?	Ja	Nein
2.	Wurden Sie in den letzten 14 Tagen COVID-19-positiv getestet?	Ja	Nein
3.	Haben Sie (oder hatten Sie in den letzten Tagen) akute respiratorische Symptome mit Fieber > 38°C, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Geschmacksstörung?	Ja	Nein
4.	Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem aktuell vom Robert-Koch-Institut (RKI) veröffentlichten Risikogebiet (www.rki.de/covid-19-risikogebiete) aufgehalten?	Ja	Nein

COVID-19 Immun-Status

Ich lege folgenden schriftlichen Nachweis vor:

- negativer COVID-19 Antigen-Schnelltest < 24 h
- negativer COVID-19 PCR-Test < 48 h
- Nachweis der vollständigen COVID-19-Impfung (> 14 Tage nach letzter erforderlicher Impfung)
- Nachweis der Genesung nach COVID-19-Erkrankung (pos. PCR-Test > 28 Tage und < 6 Mon)

Von Klinik auszufüllen
Nachweis eingesehen:

.....
Unterschrift Mitarbeiter/in

Schutzmaßnahmen

Mit meinem Besuch erkläre ich mich einverstanden, die folgenden Schutzmaßnahmen einzuhalten:

- Anmeldung zu Beginn des Besuches und Abmeldung beim Ende des Besuches
- Tragen der FFP2-Maske in allen Bereichen der Klinik, insbesondere auch im Patientenzimmer. Mund und Nase müssen vollständig bedeckt sein.
- Einhalten des Mindestabstands von 1,5m - 2m, insbesondere auch im Patientenzimmer.
- Desinfektion der Hände vor dem Betreten des Klinikbereiches.

Datenschutzerklärung zur Speicherung von personenbezogenen Daten

Zu Einzelheiten der Datenspeicherung weisen wir auf die Datenschutzerklärung auf unserer Internetseite hin.

Mit meinem Besuch erkläre ich mich automatisch damit einverstanden, dass die oben genannten Informationen für den Fall einer erforderlichen Kontaktnachverfolgung an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben werden.

..... Datum Name (Druckschrift) Unterschrift
----------------	------------------------------	-----------------------

Von Klinik auszufüllen

Fallnummer:		Datum des Besuchs:		Uhrzeit Beginn des Besuchs:	
-------------	--	--------------------	--	-----------------------------	--

Archivierung: bis 4 Wochen nach Besuchsdatum

Bearbeitet:	Hartmann, Annette	Kfm. Leitung Haus 4, 5, 8	09.06.2021
Geprüft:	Stepan, Roland	Krankenhaushygieniker	11.06.2021
Freigegeben:	Hartmann, Annette	Kfm. Leitung Haus 4, 5, 8	11.06.2021

OE * ^ ä i ~ & | a } c : | | a * c ä e e / ö [\ ~ { ^ } c Ä ä ö ö { Ä } ä i ~ * • ä ä } • c