

**Patientenname:** \_\_\_\_\_ **Patientenvorname:** \_\_\_\_\_

**Station:** \_\_\_\_\_ **Raum:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r Besucher\*in,

aufgrund der aktuellen Pandemiesituation gilt in den Krankenhäusern des RKK eine kontrollierte Besuchsregelung. Jedem Patienten (ausgenommen er ist an Covid-19 erkrankt) ist nun täglich der Besuch einer Person erlaubt. Die Besuchszeiten sind täglich von 10 Uhr bis 18 Uhr. Die Dauer des Besuchs ist auf maximal 2 Stunden zu begrenzen. Diese Regelung dient dem Schutz unserer Patienten und unserer Mitarbeitenden.

Bitte bringen Sie ihren eigenen Mundnasenschutz mit. Ohne einen Mundnasenschutz ist das Betreten des Krankenhauses nicht erlaubt. Die unten aufgeführten Hygieneregeln sind zwingend einzuhalten.

Wir klären Sie hiermit darüber auf, dass wir als Krankenhaus für das Risiko, das mit diesen Besuchen verbunden ist, keine Haftung übernehmen.

---

Name, Vorname des Besuchers in Druckbuchstaben

---

Adresse oder Telefonnummer des Besuchers

Liegt bei Ihnen der **Nachweis einer Infektion mit SARS-CoV-2** vor?

ja  nein

Lag bei Ihnen in den **letzten 4 Wochen eine Infektion mit SARS-CoV-2** oder ein **nicht widerlegter Verdacht mit SARS-CoV-2** vor?

ja  nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Besuch **Kontakt** zu einer Person, die in den letzten vier Wochen vor dem Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert war, oder bei der in dem Zeitraum ein nicht widerlegter Verdacht auf eine solche Infektion bestanden hat?

ja  nein

Haben Sie **Symptome**, wie z.B. Fieber, Husten, Atemnot, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinns, Durchfall?

ja  nein

Sind Sie in den letzten 14 Tagen aus einem **Risikogebiet** eingereist?

ja  nein

Als Besucher verpflichte ich mich, die **Hygieneregeln** einzuhalten:

- tragen Sie während des gesamten Aufenthaltes im Krankenhaus einen Mund-Nasenschutz
- desinfizieren Sie Ihre Hände
- halten Sie Abstand von 1,5 m zu anderen Personen auch zu Ihrem Angehörigen
- gehen Sie auf direktem Weg zum Patientenzimmer Ihres Angehörigen
- halten Sie sich nur für den Besuch im Krankenhaus auf



Als Besucher verpflichte ich mich die **Besuchszeit**

Besuchsbeginn: \_\_\_\_\_  
Datum Uhrzeit

Besuchsende: \_\_\_\_\_  
Datum Uhrzeit

einzuhalten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ein – auch fahrlässige – Zuwiderhandlung oder eine Falschangabe eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucher

---

Wird vom Mitarbeiter des Empfangs/ der Eingangskontrolle ausgefüllt:

Besuch wird gestattet\*\*

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter  
Empfang/ Eingangskontrolle

Die hier erfassten personenbezogenen Daten des Besuchers werden nach 4 Wochen gelöscht.