

# Besucherselbstauskunft, -Registrierung und Verpflichtungserklärung



Sehr geehrte Besucherinnen und Besucher,

gemäß der „COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmeverordnung“ vom 08.05.2021  
müssen wir als **Voraussetzung für Ihren Besuch in unserer Klinik** folgende Daten erheben:

## **Angaben zum/r Besucher\*in:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

1. Sind Sie seit mindestens 14 Tagen **vollständig geimpft** gegen Covid19? Ja Nein  
   
Wenn ja: Impf-Datum: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_
2. Sind Sie **Genesene/r** nach einer Covid19-Infektion UND ist die Infektion  
mindestens 28 Tage, aber höchstens 6 Monate, zurückliegend? Ja Nein  
   
Wenn ja: Datum der Infektion: \_\_\_\_\_  
Wurden Sie nach Ihrer Covid19-Infektion bereits geimpft?
3. Sind Sie innerhalb der letzten 24 Std. negativ auf Covid19 **getestet** worden  
(kein Selbsttest!) und können Sie eine Bescheinigung hierüber vorweisen? Ja Nein

Sofern Sie **eine** dieser Fragen mit **JA** beantworten können, ist ein **Besuch möglich**.

Als Besucher\*in **verpflichte ich mich**,

- mich ausschließlich zu Besuchszwecken bei benanntem/r Patient\*in  
im Patientenzimmer oder in einem ausgewiesenen Besucherbereich aufzuhalten.
- die Besuchsdauer auf höchstens 1 Stunde zu begrenzen
- während des gesamten Besuchs einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen, einen Mindestabstand  
von 1,5 Metern einzuhalten und die geltenden Regeln der Händedesinfektion einzuhalten.

Ich **nehme zur Kenntnis**, dass ein (auch fahrlässiges) Zuwiderhandeln, oder eine Falschangabe  
bei der Selbstauskunft, eine **Ordnungswidrigkeit** darstellen kann.

## **Informationen zum/r besuchten Patienten/in:**

Patient\*in (Vor- und Nachname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

Besuchsdatum: \_\_\_\_\_ Besuchszeit: von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucherin/Besucher

\_\_\_\_\_  
Besuch gestattet, Unterschrift Mitarbeiter\*in Rezeption

Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht!