

Besucherformular Geriatrie

Allgemeine Angaben zum Besucher

(bitte den 1. Teil dieses Formulars vor dem Betreten der geriatrischen Stationen ausfüllen und anschließend dem Pflegepersonal der jeweiligen Station aushändigen)

Vor- und Nachname	
Telefonnr. oder E-Mail-Adresse	
Datum /Uhrzeit	
Zu besuchender Patient:	

Die Richtigkeit meiner persönlichen Daten bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Zudem bestätige ich, dass ich weder Krankheitssymptome (z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Geschmacksverlust, Atemnot) habe, noch in den vergangenen 14 Tagen Kontakt zu einer mit dem Coronavirus infizierten Person hatte.

Ich bestätige hiermit ebenfalls, mich an die in der Klinik geltenden Schutzmaßnahmen (AHA) zu halten. Wenn ein Verstoß gegen die Klinikregeln vorliegt, erfolgt ein unmittelbarer Ausschluss der Besuchsperson.

Datum

Unterschrift des Besuchers

Nur vom Mitarbeiter der Abteilung Geriatrie auszufüllen:

Mitarbeiter: _____

Eine Bescheinigung über ein negatives **Testergebnis**, PCR-Test nicht älter als 48 Stunden, Antigen-Schnelltest nicht älter als 24 Stunden wurde vorgelegt:

Ja Nein

Der Besucher verfügt über einen vollständigen **Impfschutz**, die Zweitimpfung liegt mehr als 14 Tage zurück. Der Besucher verfügt über eine Genesenen-Bescheinigung (Gültigkeit bis zu 6 Monaten).

Entsprechende Bescheinigung oder Impfpass wurde vorgelegt:

Ja Nein