Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem nderungsdienst

AGAPLESION BETHESDA KLINIK ULM gGmbH

Patient/in:
Besuchstag/Uhrzeit (Beginn/Ende des Besuchs)**:**

Besuchsregelung/Selbstauskunft zu SARS-CoV-2

Sehr geehrte/r Besucher-/innen,

um unsere Patienten und Mitarbeiter bestmöglich vor dem Coronavirus (SARS-CoV-2/ COVID-19) zu schützen, bitten wir Sie um Beantwortung der nachfolgenden Fragen und Einhaltung unserer Hygienevorgaben.

Name, Vorname	
Telefonnummer	
Wurden Sie in den letzten 4 Wochen positiv auf SARS-CoV-2 getestet bzw. waren Sie an Covid-19 erkrankt oder bestand der Verdacht auf eine Covid-19-Erkrankung?	☐ Ja ☐ Nein
Sind Sie Kontaktperson einer SARS-CoV-2 positiven Person? Wann war Ihr letzter Kontakt?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: Letzter Kontakt am:
Befinden Sie sich in einer angeordneten Quarantäne / Häuslichen Isolation z. B. während des Wartens auf das Testergebnis?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja (Grund):
Weisen Sie aktuell grippeähnliche Symptome (Husten, Schnupfen, Durchfall, Halsschmerzen, Gliederschmerzen) auf?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja welche:
Haben Sie Fieber?	☐ Ja ☐ Nein

☐ Ich bestätige, dass ich über die Schutzmaßnahmen aufgeklärt wurde und versichere die Einhaltung der folgenden Maßnahmen:

- Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes während des gesamten Aufenthalts in der Klinik
  Anm.: *Aus Sicherheitsgründen darf nur medizinischer Mund-Nase-Schutz verwendet werden, der vor Ort zum Selbstkostenpreis erworben werden muss.*
- Tragen weiterer Schutzkleidung (Schutzkittel, Handschuhe) nach Vorgabe des Personals
- Husten- & Niesetikette (Niesen in Ellenbeuge, Wegdrehen von Personen beim Niesen)
- Durchführung der Händedesinfektion gemäß Einweisung
- Kein Körperkontakt zum Patienten oder anderen Personen in der Klinik
- Einhalten des Mindestabstands (mindestens 1,5m) zu allen Personen
- Besuch erfolgt nach Einweisung durch das Personal
- Besuchsdauer beträgt max. 60 Min. Bitte verlassen Sie selbständig die Station

Ihre Daten werden nur im Zusammenhang mit Ihrem Aufenthalt in unserer Klinik verarbeitet und sind Externen nicht zugänglich.

_____

Ort, Datum Unterschrift Besucher

Vom Personal auszufüllen:

Auf Wunsch wird ein Exemplar des Formulars dem Besucher ausgehändigt.

Unterschrift Mitarbeiter:_____