

Antrag des Patienten auf einen Besucherpass für Bezugspersonen

Nachname, Vorname und Geburtsdatum der **Bezugsperson**

Wohnanschrift

Name, Vorname, Geburtsdatum und Zimmernummer des Patienten:

Folgende Fragen muss Ihre Bezugsperson beim Betreten des Krankenhauses mit
NEIN beantworten:

- Sie hatten engen Kontakt zu einem bestätigten Fall?
- Sie hatten Fieber in den letzten 4 Tagen?
- Sie hatten Schüttelfrost in den letzten 24 Std.?
- Sie hatten anhaltenden Husten in den letzten 24 Std.?
- Sie hatten Schnupfen in den letzten 24 Std.?
- Sie hatten Halsschmerzen in den letzten 24 Std.?
- Sie waren in den letzten 24 Std. nicht schneller außer Atem als sonst?
- Sie hatten eines der folgenden Symptome in den letzten 24h:
 - o schlapp oder abgeschlagen
 - o Gliederschmerzen
 - o Durchfall
 - o Kopfschmerzen
 - o Geschmacks- oder Geruchsverlust

Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____

Besucherpasse

Name der Bezugsperson:

Name des Patienten und Zimmernummer:

Dieser Besucherpasse berechtigt Sie täglich in der Zeit von **14.00h** **bis 20.00h** für eine Stunde ihre Angehörigen zu besuchen.

Es gelten die üblichen Verhaltensregeln: Tragen eines Nasen-Mundschutzes, Händehygiene und Einhalten des Mindestabstandes anderer Personen von mind. 1,50m.

Dieser Besucherpasse ist nur gültig in Vorlage des Personalausweises und darf nicht an Dritte weitergereicht werden.

Ich versichere, dass ich das Krankenhaus nur betrete, wenn ich alle der folgenden Fragen mit **NEIN** beantworte

- Ich hatte engen Kontakt zu einem bestätigten Fall?
- Ich hatte Fieber in den letzten 4 Tagen?
- Ich hatte Schüttelfrost in den letzten 24 Std.?
- Ich hatte anhaltenden Husten in den letzten 24 Std.?
- Ich hatte Schnupfen in den letzten 24 Std.?
- Ich hatte Halsschmerzen in den letzten 24 Std.?
- Ich war in den letzten 24 Std. nicht schneller außer Atem als sonst?
- Ich hatte eines der folgenden Symptome in den letzten 24h:
 - o schlapp oder abgeschlagen
 - o Gliederschmerzen
 - o Durchfall
 - o Kopfschmerzen
 - o Geschmacks- oder Geruchsverlust

Ich versichere weiterhin, dass ich meine Besuchszeit von 1 Stunde einhalten werde, den Anweisungen des Krankenhauspersonals Folge leisten werde und die vorgeschriebenen Hygieneanweisungen (Tragen des Mund-Nase-Schutzes, Händedesinfektion und Abstandsregelungen) einhalten werde.
Ich nehme zur Kenntnis, dass dieser Antrag zur Patientenakte genommen wird.

Datum, Name des Besuchers, Unterschrift

Besucherpasse

Name der Bezugsperson:

Name des Patienten und Zimmernummer:

Dieser Besucherpasse berechtigt Sie täglich in der Zeit von **14.00h bis 20.00h** für eine Stunde ihre Angehörigen zu besuchen.

Es gelten die üblichen Verhaltensregeln: Tragen eines Nasen-Mundschutzes, Händehygiene und Einhalten des Mindestabstandes anderer Personen von mind. 1,50m.

Dieser Besucherpasse ist nur gültig in Vorlage des Personalausweises und darf nicht an Dritte weitergereicht werden.

Ich versichere, dass ich das Krankenhaus nur betrete, wenn ich alle der folgenden Fragen mit **NEIN** beantworte

- Ich hatte engen Kontakt zu einem bestätigten Fall?
- Ich hatte Fieber in den letzten 4 Tagen?
- Ich hatte Schüttelfrost in den letzten 24 Std.?
- Ich hatte anhaltenden Husten in den letzten 24 Std.?
- Ich hatte Schnupfen in den letzten 24 Std.?
- Ich hatte Halsschmerzen in den letzten 24 Std.?
- Ich war in den letzten 24 Std. nicht schneller außer Atem als sonst?
- Ich hatte eines der folgenden Symptome in den letzten 24h:
 - o schlapp oder abgeschlagen
 - o Gliederschmerzen
 - o Durchfall
 - o Kopfschmerzen
 - o Geschmacks- oder Geruchsverlust

Ich versichere weiterhin, dass ich meine Besuchszeit von 1 Stunde einhalten werde, den Anweisungen des Krankenhauspersonals Folge leisten werde und die vorgeschriebenen Hygieneanweisungen (Tragen des Mund-Nase-Schutzes, Händedesinfektion und Abstandsregelungen) einhalten werde.

Ich nehme zur Kenntnis, dass dieser Antrag zur Patientenakte genommen wird.

Datum, Name des Besuchers, Unterschrift