



## Liebe Patienten/ Besucher/ Begleitpersonen der Klinik,

bevor Sie die Klinik betreten, füllen Sie bitte den Selbstauskunftsbogen aus und geben ihn am Eingang ab.

### **Bitte beachten Sie:**

Es ist zwingend erforderlich, einen **FFP 2 Maske** zu tragen sowie beim Betreten und Verlassen der Klinik und des Patientenzimmers eine **Händedesinfektion** durchzuführen.

### **Alle Besucher müssen einen Testnachweis erbringen (24h Antigen, 48h PCR)**

Name zu besuchender Patient: \_\_\_\_\_

- Vor-/Nachname: .....geb. Datum .....
- Telefonnummer oder Adresse: .....
- Grund des Besuches oder Aufenthalts: (Termin/stationäre Aufnahme bei)  
.....
- Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem Covid-19-Erkrankten oder zu einer Person, die in Quarantäne stand bzw. waren Sie in den letzten 4 Wochen selbst an COVID-19 erkrankt? JA  NEIN
- Liegen Covidsymptome vor?  
(Fieber, Husten, Schnupfen, Abgeschlagenheit, Halsschmerzen  
Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn) JA  NEIN
- Sind Sie vollständig geimpft? JA  NEIN
- Haben Sie ein Testzertifikat? (Antigen 24h/ PCR 48h) JA  NEIN
- Unterliegen Sie einer Absonderungspflicht? JA  NEIN
- Datum und Uhrzeit des Termins/Besuchs: .....

Wird eine Frage mit JA beantwortet, so muss der Nachweis erfolgen, bzw. die Notwendigkeit der Behandlung/Besuch abgeklärt werden.

Bitte beachten Sie, dass der Fragebogen 30 Tage aufbewahrt bzw. den Patientenunterlagen beigelegt wird.

**Ich nehme zudem zur Kenntnis, dass die Klinik bei Verstößen ein Besuchsverbot verhängen kann und dass vorsätzliches oder fahrlässiges Zuwiderhandeln eine Ordnungswidrigkeit darstellt, die mit einem Bußgeld geahndet werden kann.**

**Nach Ihrem Termin/Besuch bitten wir Sie, sich nicht länger als nötig auf dem Klinikgelände aufzuhalten. Vielen Dank für Ihr Verständnis.**

Wir wünschen Ihnen und Ihren Angehörigen alles Gute. Bleiben Sie gesund!