

# Passierschein



Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Adresse:

Telefonnummer:

## Zweck des Besuches:

### Patient

- Ambulante Behandlung
- Stationäre Behandlung

### Besucher

für Patient\*in: (Name, Station, Zimmer)

---

### Termin mit:

### Sonstiges:

Eintritt in die Klinik

Datum:

Uhrzeit:

Hiermit versichere ich, dass ich nicht an COVID-19 Symptomen (v.a. Fieber, Husten und Atemnot, Geschmacks- und Geruchsstörungen) leide, in den **letzten 14 Tagen** keinen Kontakt zu einem COVID Betroffenen und keinen Auslandsaufenthalt in einem Risikogebiet hatte und ich nicht unter Quarantäne gestellt bin.

Zudem verpflichte ich mich folgende Verhaltensregeln einzuhalten:

- Medizinischer Mund-Nasen-Schutz im Krankenhaus, FFP2-Maske bei Patientenbesuch
- Soziale Distanz mit Abstand 1,5 m
- Händewaschen / Händedesinfektion
- Kontaktminimierung

Ich kann eine **Immunisierung** gegen COVID-19 nachweisen:

- Ja** : (Nachweis wird an der Information erbracht)  
(Zutreffendes ankreuzen)
  - Nachweis vollständige Impfung (2. Impfung > 14 Tage),
  - Genesen + Impfung (positives Testergebnis + mind. eine Impfstoffdosis)
  - Genesen - Nachweis positives PCR-Testergebnis (mind. 28 Tage, max. 6 Monate alt)
- Nein** : Ich weise einen negativen Antigen Schnelltest vor (nicht älter als 24 Stunden).

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucher/Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter