Name: Vorname: Geb. Datum:

Aktuelle Rufnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zweck des Besuches: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

🞏 Termin mit:

🞏 Ambulante Behandlung

🞏 Stationäre Behandlung

🞏 Besucher von Patient (Name, Vorname):

🞏 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 sowie keinen Auslandsaufenthalt hatte und ich nicht unter Quarantäne gestellt bin.

Zudem verpflichte ich mich folgende Verhaltensregeln einzuhalten:

* Mund-Nasen-Schutz im Krankenhaus
* Soziale Distanz mit Abstand 1,5 m
* Händewaschen / Händedesinfektion
* Kontaktminimierung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Besucher Unterschrift Mitarbeiter