

 St. Bernhard HOSPITAL	Besucherschein	Version 6	
		Nächste Aktualisierung 26.08.2023	Formblatt

Dieser Fragebogen muss vollständig von allen Besuchern und Gästen des St. Bernhard-Hospitals ausgefüllt werden.

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und unterschreiben!

Anlass, Firma	(Besuch, med./ techn. Dienstleistung, Wartung, Bau, Therapeuten, Betreuer etc.)		
Nachname / Vorname:			
Anschrift:			
Telefonnummer:			
Besuch von Patient	Nachname	Vorname	
Besuch auf Station:			
Besuchsdauer:	von	bis	

Besucher melden Sie bitte sich vor Betreten des Patientenzimmers am Stationsstützpunkt.

Wird durch die Einlasskontrolle ausgefüllt!	HZ
<u>Bei Geimpften:</u> <input type="checkbox"/> Das Impfbuch wurde vorgelegt und überprüft	
<u>Bei Genesenen:</u> <input type="checkbox"/> Die ärztliche Bescheinigung wurde vorgelegt und überprüft	
<u>Wenn nicht geimpft oder genesen:</u> <input type="checkbox"/> Die Bescheinigung des tagesaktuellen negativen SARS-COV2-Antigen Test wurde vorgelegt.	

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

- Ich habe in den vergangenen 14 Tagen keinen Kontakt zu Personen gehabt, die mit dem Coronavirus infiziert waren oder bei denen ein Verdacht auf Infizierung besteht.
- Ich leide derzeit nicht unter Krankheitssymptomen wie Halsschmerzen, Fieber, Husten, Verlust des Geruchs- und Geschmacksinns
- Die Besuchs- und Hygieneregeln (umseitig) habe ich gelesen und werde mich an die Vorgaben halten
- Im Nachverfolgungsfall bin ich mit der Weitergabe meiner Daten an die Gesundheitsbehörde einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____