

Name, Vorname PATIENT

Besuchsdatum/ -zeit

Station

# Besucherdatenblatt – Patientenbesuch

## Erfassung der Kontaktdaten des Besuchers

Name, Vorname des Besuchers: \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Besuchers: \_\_\_\_\_

Ausgewiesen durch:

Reisepass

Personalausweis

Führerschein

Meldebestätigung

## Überprüfung des Gesundheitsstatus

**Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Fieber oder Zeichen eines akuten Infektes der Atemwege, z.B. Schnupfen, Halsschmerzen, Husten, Auswurf, Luftnot o.ä. oder haben Sie bei sich eine auffällige Veränderung am Geruchs- und/ oder Geschmackssinn festgestellt?**

Ja

Nein

**Haben Sie die Fragen mit „Ja“ beantwortet ist der Besuch eines Patienten nicht möglich.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit a) meiner personenbezogenen Angaben, b) über meinen Gesundheitszustand zum heutigen Datum und ich bestätige, c) die geltenden Hygieneregeln sowie d) den Datenschutzhinweis zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum: \_\_. \_\_. \_\_\_\_

Unterschrift Besucher: \_\_\_\_\_  
oder Erziehungsberechtigter

Durch den Empfangsmitarbeiter auszufüllen:

## Nachweis negativer Corona-Test | genesen | geimpft

**Der Besucher hat am Empfang folgenden Nachweis vorgelegt:**

negativer (qualifizierter) Antigen-Schnelltest oder PCR-Test nicht älter als 24h

vollständiger Impfschutz

Genesenennachweis

**Der Besucher hatte im Vorfeld einen Termin gebucht:**

Ja

Nein