 <p>PERSONLICH. INNOVATIV. KOMMUNAL.</p> <p>OBSCHWABENKLINIK</p>		Version: 15 Gültig ab: 17.11.2020 Dok.-Nr.: VA-00851
Verfahrensweisung	Erklärung Besucher, Patienten, externe Person (Handwerker, ...)	Abteilung: alle Mitarbeiter: alle Standort: alle

Bitte ausfüllen und ankreuzen:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

- Ambulanter Patient Stationärer Patient: Station: Besucher
 Begleitperson Sonstiger Grund:

Sofern eine dieser Fragen mit JA zu beantworten ist, ist nach aktueller Rechtslage ein Besuch nicht gestattet.	JA	NEIN
Hatte ich in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Besuch Kontakt zu einer mit dem Coronavirus infizierten Person?		
Habe ich erhöhte Temperatur bzw. Fieber (> 37,5° Celsius)?		
Habe ich neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen?		
Habe ich neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege, namentlich in Form von trockenem Husten / Atemnot?		

Bei allen Personen ab sechs Jahren: Der Zutritt zur Einrichtung ist nach aktueller Rechtslage zudem nur bei einem „3G-Status“ (geimpft oder genesen oder getestet) zulässig. Ich kann den „3G-Status“ nachweisen, weil ich:

	ja	nein
1. über eine vollständige Impfung gegen den Corona-Virus verfüge (Impfzertifikat) oder		
2. in den letzten 6 Monaten nachweislich von einer PCR-bestätigten Corona-Infektion genesen bin (Genesenezertifikat) oder		
3. einen aktuellen negativen Corona-Test unter Aufsicht vorweisen kann. Ein Antigen-Schnelltest darf max. 24 h, ein PCR-Test max. 48 h alt sein.		


Ich nehme zur Kenntnis, dass ich nach den derzeitigen Corona-Regelungen des Landes Baden-Württemberg verpflichtet bin,

- während des gesamten Besuchs in der Einrichtung einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz oder eine FFP2-Maske zu tragen,
- einen Mindestabstand von 1,5 Metern zu anderen Personen zu wahren,
- mir bei Betreten der Einrichtung die Hände mit dem am Eingang zur Verfügung gestellten Desinfektionsmittel zu desinfizieren,
- zu Beginn meines Besuchs meine Kontaktdaten und die Besuchszeit für den Fall einer erforderlichen Kontaktnachverfolgung anzugeben.

Ich nehme zudem zur Kenntnis, dass die Einrichtung bei Verstößen ein Besuchsverbot verhängen kann und dass der Zutritt ohne mindestens einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz oder einen Nachweis für meinen „3G-Status“ eine Ordnungswidrigkeit darstellt, die mit einem Bußgeld geahndet werden kann.

Datum: _____ Unterschrift: **X** _____ **<< bitte wenden >>**

	Erstellung	Änderung	Prüfung	Freigabe
Name	Klaus Sonntag	Herr Sonntag	Herr Reitmayer, Frau Kraus, Herr Sonntag, Fr. Burkert	Krisenstab OSK
Datum	16.11.2020	30.08.2021	01.07.2021	30.08.2021

		Version: 15 Gültig ab: 17.11.2020 Dok.-Nr.: VA-00851
Verfahrensanweisung	Erklärung Besucher, Patienten, externe Person (Handwerker, ...)	Abteilung: alle Mitarbeiter: alle Standort: alle

Bei Besucher:

Informationen über Patient, der besucht werden soll:

Name, Vorname: _____ Station / Zimmernummer: _____

Besuchszeit von: _____ bis _____ Uhr

Regelungen als Schutzmaßnahmen für die Patienten unserer OSK Akutkrankenhäuser

Sehr geehrte:r Besucher:in, Patient:in,

bitte beachten Sie neben den Zugangsvoraussetzungen auf Seite 1:

- unauffällige Risikoabfrage
- erfolgreiche Immunitätsprüfung oder unauffälliger Schnelltest / unauffällige PCR

unbedingt auch folgende Regeln:

- Bitte beachten Sie die allgemeinen Hygieneregeln.
- Der Besuch muss innerhalb des Patientenzimmers stattfinden, pro Patient dürfen sich maximal 2 Besucher im Patientenzimmer aufhalten.
- Den Anweisungen des Personals ist unbedingt Folge zu leisten.
- Bitte verlassen Sie das Gebäude über den Haupteingang.
- Für die Bereiche Geburtshilfe, Kinderklinik, Notfälle und sterbende Patienten gelten entsprechende Ausnahmen.

Mit der Anwendung Ihrer Zutrittsgenehmigung erklären Sie sich mit diesen Regeln einverstanden. Sie nehmen damit zur Kenntnis, dass das Krankenhaus bei Verstößen ein Besuchsverbot verhängen kann.

Bleiben Sie gesund,
Ihre Oberschwabenklinik

Wird vom Mitarbeiter der Oberschwabenklinik ausgefüllt:

Besuch gestattet, Nachweise geprüft: Kürzel Mitarbeiter:in

Ergebnis Covid-19-Schnelltest: positiv negativ nicht notwendig

Datum/Uhrzeit Abstrich: _____

	Erstellung	Änderung	Prüfung	Freigabe
Name	Klaus Sonntag	Herr Sonntag	Herr Reitmayer, Frau Kraus, Herr Sonntag, Fr. Burkert	Krisenstab OSK
Datum	16.11.2020	30.08.2021	01.07.2021	30.08.2021