

Verfahrensweisung

Erklärung Besucher, externe Person (Handwerker, ...)

Abteilung: alle
Mitarbeiter: alle
Standort: EK / BW

Informationen über Patient/Besucher/usw.:

Wartenummer: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer oder Adresse: _____

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

Sofern eine dieser Fragen mit JA zu beantworten ist, ist sofort ein Arzt zu verständigen	JA	NEIN
Waren Sie in den letzten 4 Wochen mit dem Coronavirus infiziert oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer Infektion?		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, die in den letzten 4 Wochen mit Corona infiziert war oder bei der ein nicht widerlegter Verdacht bestand?		
Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (> 37,5° Celsius)?		
Haben Sie (neu aufgetretene) Geschmacks- oder Geruchsstörungen?		
Haben Sie (neu aufgetretene) Beschwerden der Luftwege, namentlich in Form von trockenem Husten?		

Aufgrund der aktuellen Situation sollen im Rahmen der Corona-Eindämmung, Testungen durchgeführt werden. Ziel ist die Ansteckung und Weiterverbreitung von COVID-19 zu verhindern. Es wird ein nasaler Abstrich durchgeführt, um eine SARS-CoV-2 Infektion nachzuweisen bzw. auszuschließen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich getestet werde.

Datum: _____ Unterschrift: **X** _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich als Besucher:in **verpflichtet bin**,

- einen **negativen Coronatest** vorweisen zu können, der bei einem Antigentest höchstens 48 h alt sein darf, bei einem PCR-Test höchstens 72 h,
- während des gesamten Besuchs in der Einrichtung eine **FFP2-Maske** zu tragen,
- wenn immer möglich einen **Mindestabstand von 1,5 Metern** zu anderen Personen zu wahren,
- mir bei Betreten des Krankenhauses die **Hände** mit dem am Eingang zur Verfügung gestellten Desinfektionsmittel **zu desinfizieren**,

	Erstellung	Änderung	Prüfung	Freigabe
Name	Klaus Sonntag	Sonntag Klaus	Sonntag Klaus	Krisenstab OSK
Datum	16.11.2020	04.05.2021	04.05.2021	17.11.2020

Verfahrensanweisung

Erklärung Besucher, externe Person (Handwerker, ...)

Abteilung: alle
Mitarbeiter: alle
Standort: EK / BW

- zu Beginn meines Besuchs meine **Kontaktdaten** und die Besuchszeit für den Fall einer erforderlichen Kontaktnachverfolgung anzugeben.

Ich nehme zudem zur Kenntnis, dass das Krankenhaus bei Verstößen ein Besuchsverbot verhängen kann und dass der Zutritt ohne FFP2-Maske oder ohne negativen Coronatest eine Ordnungswidrigkeit darstellt, die mit einem Bußgeld geahndet werden kann.

Bei Besucher:

Informationen über Patient, der besucht werden soll:

Name, Vorname: _____

Station / Zimmernummer: _____

Besuchszeit:

von: _____ bis _____ Uhr

Wird vom Mitarbeiter der Oberschwabenklinik ausgefüllt:

Besuch gestattet, Kürzel Mitarbeiterin/Mitarbeiter:

Ergebnis Covid-19-Schnelltest: positiv negativ

Datum Abstrich: _____

	Erstellung	Änderung	Prüfung	Freigabe
Name	Klaus Sonntag	Sonntag Klaus	Sonntag Klaus	Krisenstab OSK
Datum	16.11.2020	04.05.2021	04.05.2021	17.11.2020