

Sehr geehrte Besucherinnen und Besucher,

zum Schutz unserer Patientinnen und Patienten sowie unserer Mitarbeitenden muss jede Person **vor dem Besuch** diesen Besucherpass ausfüllen.

Bitte leserlich in Druckschrift ausfüllen und unterschreiben.

Name, Vorname		Telefon	
Adresse		Datum/Uhrzeit des Besuches	

Grund des Besuches
<input type="checkbox"/> Besuch einer Patientin/eines Patienten (mit ärztlicher Zustimmung) Vor- und Zuname Patient/-in: _____ Station: _____
<input type="checkbox"/> Externer Dienstleister/-in oder Kooperationspartner/-in Anlass des Besuches: _____

Zugangsberechtigung bei Vorliegen von:	ja	nein
Bescheinigung negativer Testbefund (nicht älter als 24 h)		

Sie dürfen die Einrichtung nur betreten, wenn ein negativer Testbefund vorliegt.

Hiermit bestätige ich,

- ⇒ dass die aufgeführten Angaben wahr und richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation haben können.
- ⇒ dass mir die geltenden Hygieneregeln bekannt sind und von mir eingehalten werden.

Datum, Unterschrift Besucher/-in

Datenschutzhinweis: Ihre personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (IfSG) verwendet.

Prüfung vorliegender Nachweise
Ab hier ausschließlich durch die Mitarbeiter des Empfangs/der Notaufnahme auszufüllen!
<input type="checkbox"/> Bescheinigung negativer Testbefund (nicht älter als 24 h) lag vor (inkl. Personalausweis/Reisepass)
Datum, Stempel, Unterschrift Mitarbeiter Empfang/Notaufnahme

Besucherpass ist 4 Wochen im Bereich zu archivieren und wird nach Ablauf datenschutzkonform entsorgt.