

Besuchsberechtigung Kreisklinik Groß-Umstadt



Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

Unsere Besuchszeit in **Groß-Umstadt** ist von **14:30 bis 17:00 Uhr**. Die maximale Besuchsdauer beträgt **eine Stunde** für nur **eine Person pro Tag**. Die geltenden Hygienerichtlinien sind einzuhalten.

Desinfizieren Sie sich die Hände beim Betreten und Verlassen unseres Hauses und bevor Sie in das Patientenzimmer gehen. **Das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes ist Pflicht, d.h. auch im Patientenzimmer. Mund und Nase müssen bedeckt sein!** Bewahren Sie einen **1,5 Meter Abstand**, auch zum Patienten, den Sie besuchen! Im Rahmen unseres allgemeinen Hausrechts behalten wir uns die Möglichkeit vor, im Einzelfall einen Besuch zu untersagen.

Allgemein gilt: Besucher müssen symptomfrei sein. Das ausgefüllte Formular gilt als Eintrittsausweis für die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg. Diese Form der Zugangskontrolle dient Ihrem und dem Gesundheitsschutz Ihrer Mitmenschen. **Bitte geben Sie diesen Bogen am Empfang ab.**

Auszufüllen von Besuchern

Besucher/ Besucherin

Name, Vorname _____

Straße _____

Geburtsdatum _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Name, Vorname Patient

Station / Zimmernr.

Datum, Uhrzeit des Besuchs

Bitte zutreffendes Ankreuzen:

Vollständig geimpft. *Letzte Impfung liegt mind. 14 Tage zurück. Impfnachweis liegt im Original vor.*

Vollständig geimpft nach durchgemachter COVID-Infektion. *1 Impfung, liegt mind. 14 Tage zurück. Impfnachweis PLUS Bescheinigung aus der die Erkrankung hervorgeht liegen im Original vor, datiert vor der 1. Impfung*

Nach einer COVID-Infektion genesen. *Ärztliches Attest, Laborbefund oder Absonderungsbescheinigung, aus der die Erkrankung hervorgeht liegt im Original vor. Das Befunddatum liegt mind. 14 Tage und höchstens sechs Monate zurück.*

Aktueller, negativer COVID-Test, *der nicht älter als 24 Stunden ist, liegt vor.*
(Selbsttests werden nicht akzeptiert.)

Hiermit bestätige ich, dass ich mich **nicht** in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet (gem. RKI) aufgehalten habe, **keinen** Kontakt zu einem COVID-19 Erkrankten hatte und **nicht** an grippeähnlichen Symptomen (Fieber, Husten, Geruchs-/Geschmacksverlust) leide. Ich versichere, dass meine Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind und, dass ich die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen verstanden habe und diese auch befolgen werde. **Falschangaben sind ein Verstoß gegen das Infektionsschutzgesetz und strafbewehrt und können nachverfolgt werden.**

Datum,

Unterschrift Besucherin/Besucher

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Basis des Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO