

# Besuchsberechtigung Kreisklinik Jugendheim



**Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,**

Unsere Besuchszeit in **Jugendheim** 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*