

# Besuchertzutritts-Formular Ev. Krankenhaus Göttingen-Weende

(Besuchszeiten: Mo bis Fr 14 - 18 Uhr sowie Sa und So 10 - 18 Uhr)

## 1. Name der/s besuchten Patienten/-in:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_

## 2. Kontaktdaten der Besucherin/des Besuchers (vollständige Angaben erforderlich)

Namen, Vorname: \_\_\_\_\_

Vollständige Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

ggf. Name des Kindes: \_\_\_\_\_

## 3. Besuchsdauer

Geplante Besuchsdauer:  bis 15 Minuten  bis 60 Minuten

Ausnahme / Begründung: \_\_\_\_\_

## 4. Erklärung des Besuchers zum Gesundheitszustand und Kenntnis der Hygieneregeln

Hiermit erkläre ich, dass ich ...

- **keine Krankheitssymptome** (u.a. Fieber, Husten, Geruchs- und Geschmacksstörungen) aufweise
- **keinen Kontakt zu COVID-erkrankten Personen** innerhalb der letzten 14 Tage hatte
- **keinen Quarantäne-Auflagen** seitens des Gesundheitsamtes unterliege.

Ich erkläre, dass ich die im EKW **geltenden Hygieneregeln** (u.a. verpflichtendes Tragen einer **FFP2-Maske**; Mindestabstand von 1,50 m; Händehygiene) zur Kenntnis genommen habe und einhalten werde.

**5. Ich bin\***  geimpft (gilt ab 15. Tag nach der 2. Impfung, Vorlage des Impfausweises)

genesen (als Genesen gilt: mindestens 28 Tage bis maximal 6 Monate nach ersten positiven Testergebnis, Vorlage eines ärztlichen Attests bzw. Bescheides zur Aufhebung der Quarantäne nach SARS-CoV-2-Infektion vom Gesundheitsamt)

**und**

getestet am: \_\_\_\_\_  Antigen-Test  PCR-Test  
(Antigen-Test mit Zertifikat und nicht älter als 24 Stunden; PCR-Test nicht älter als 48 Stunden;  
kein Selbsttest; Testung im Krankenhaus nicht möglich)

Ich bin einverstanden, dass meine hier angegebenen **Daten zum Zwecke der Kontaktnachverfolgung** bei SARS-CoV-2-Fällen für längstens einen Monat vom EKW **gespeichert** werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit Besuchsbeginn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der Besucherin/des Besuchers**