

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 oder aufgrund der Rückkehr von Auslandsaufenthalten gemäß der Coronavirus-Einreiseverordnung unterliege.

Ich erkläre, dass ich die im EKW **geltenden Hygieneregeln** (u.a. verpflichtendes Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes oder 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)

*Zutreffendes
ankreuzen

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)

getestet (Vorlage eines negativen SARS-CoV-2 Tests (Antigen-Test 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