

Besuchertzutritts-Formular Diabeteszentrum Bad Lauterberg (Besuchszeit von 14.00 – 16:00 Uhr – bitte beachten!)



1. Name des/r besuchten Patienten/-in

Name, Vorname: _____ Station: _____

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

Namen, Vornamen: _____

Vollständige Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

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 Diabeteszentrum Bad Lauterberg **geltenden Hygieneregeln** /u.a. verpflichtendes Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes; Mindestabstand von 1,50 m; Händehygiene, Aufenthalt nur im Patientenzimmer) **zur Kenntnis genommen habe und einhalten** werde.

5. Ich bin*

- vollständig geimpft (ab 15.Tag nach der 2. Impfung, Vorlage des Impfausweises)
- genesen (Vorlage eines ärztlichen Attests bzw. Bescheides zur Aufhebung der Quarantäne nach SARS-CoV-2-Infektion vom Gesundheitsamt)
- getestet (Vorlage eines tagesaktuellen negativen SARS-CoV-2Tests (PCR- oder Antigen-Test, kein Selbsttest; Testung im Krankenhaus nicht möglich) Ich bin einverstanden, dass meine hier angegebenen Daten zum Zwecke der Kontaktnachverfolgung

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

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Unterschrift des Besuchers: _____