

Besuch für: _____
Nachname, Vorname Patient/in (**Druckbuchstaben**) Geburtsdatum

Liebe Besucherin,
lieber Besucher,

im Rahmen der notwendigen, vorgeschriebenen Dokumentationen füllen Sie bitte bei jedem Besuch der Institution dieses Formular aus und halten Sie sich bitte ausnahmslos an alle geltenden Hygienevorgaben!

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, nachfolgende Maßgaben verstanden zu haben und diese einzuhalten.

Ich versichere:

- mich an alle Vorgaben incl. der hauseigenen Hygieneordnung der Institution zu halten
- in den letzten 14 Tagen keinen wissentlichen Kontakt zu COVID-19 oder anderen mit Infektionskrankheiten (z.B. Influenza oder weitere) pos. getesteten Personen gehabt zu haben
- derzeit keinerlei typ. Erkältungssymptome zu haben (Halskratzen, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, erhöhte Temperatur, Abgeschlagenheit, Kopf- und Gliederschmerzen)
- bei einem **pos. PCR-Befund** (in den nächsten 14 Tagen nach Klinikbesuch) umgehend die **Hygieneabteilung** der Schüchtermann-Klinik zu informieren

Nachname, Vorname Besucher/in (**Druckbuchstaben**)

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort (**Druckbuchstaben**)

Telefonnr.

Unterschrift

Datum: _____ Uhrzeit von: _____ bis _____

2G plus Regel:

vollständige Impfung (15 Tage nach der 2. Impfdosis) **ja** **nein**
oder

Covid 19 genesen **ja** **nein**
(positives PCR Testergebnis = Befunddatum > 28 Tage bis 6 Monate
+ 1x Impfung = vollständiger Impfschutz)

plus

medizinischer Antigentest **ja** **nein**
(Testzentrum / Apotheke / Hausarzt o.ä. - keine sog. Liantests)
(max 24h alt)

Bitte halten Sie die entsprechenden Dokumente (Impfpass, AG-Test und/oder Befund) am Eingang bereit!