



Besuchserlaubnis



Gültig bis: _____

Patientendaten:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Besucherdaten:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Vollständige Anschrift

☎ / Telefonnummer

Sind Sie Urlaubsrückkehrer? nein ja / Land: _____

Ausweisnummer: _____

Sind innerhalb der vergangenen 14 Tage folgende Krankheitszeichen aufgetreten:

	JA	NEIN
Akute Atemwegserkrankungen mit: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Husten ➤ Halsschmerzen ➤ Kurzatmigkeit / Atemnot ➤ Verlust des Geruchs- oder Geschmacksinns 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine, infektbezogene Krankheitssymptome mit: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fieber / Schüttelfrost ➤ Kopfschmerzen (direkter Zusammenhang mit einem Infekt) ➤ Übelkeit / Erbrechen ➤ Durchfall 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mögliche Kontaktperson / SARS – CoV – 2 <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kontakt zu einer positiv getesteten Person in den vergangenen 14 Tagen 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vom Besuchsdienst auszufüllen:

Falls **1 x „Ja“** angekreuzt wurde ist **KEIN** Besuch möglich

NEIN

Falls **3 x „Nein“** angekreuzt wurde ist der Besuch **möglich**

JA

Datum / Unterschrift des Besuchers

Datum / Uhrzeit / Unterschrift Besuchsdienst

Bitte wenden →

Patientennamen: _____ Besuchernamen: _____

Grundlage der Besuchseinschränkung:

Auf Grundlage § 28 Abs. 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in Verbindung mit § 65 Satz 2 Nr. 2 der Zuständigkeitsverordnung (ZustV) erließ das MAGS NRW eine Verordnung zur Einschränkung der Besuchsrechte für Krankenhäuser, Pflege- und Behinderteneinrichtungen.

Aufklärung:

Ich bin darüber informiert worden, dass auch mit Einhaltung aller empfohlenen Vorsichts- bzw. Hygienemaßnahmen das Risiko einer Infektion mit SARS – CoV 2 im Krankenhaus nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann. Weiterhin wurde ich darüber unterrichtet, dass zur Minimierung von Infektionsrisiken für Besucher die nachfolgenden Verhaltensregeln erlassen worden sind.

Hygieneregeln:

- Eigenen Mund – Nasen – Schutz (FFP 2 – Maske) durchgehend tragen (auch in den Patientenzimmern)
- Soziale Distanz mit Abstand 2 Meter (auch in den Patientenzimmern)
- Händedesinfektion bei Betreten und Verlassen des Krankenhauses
- Keinen direkten Kontakt (Körperkontakt)
- Besuchsdauer maximal 1 Stunde am Tag für einen der fest benannten Besucher
- Direkter Weg vom Haupteingang zum Patientenzimmer und zurück
- Maskenpflicht auf dem gesamten Außengelände des Krankenhauses inkl. der Parkplätze

Verpflichtungserklärung:

Ich verpflichte mich, diese Verhaltensregeln einzuhalten. Die zuvor gestellten Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Ich fühle mich über SARS – CoV – 2 und die COVID – Erkrankung sowie die Risiken in Bezug auf meinen Krankenhausaufenthalt ausreichend aufgeklärt.

Folgende Punkte / Fragen sollen beim Betreten des Krankenhauses noch geklärt werden:

Zu den Erläuterungen habe ich aktuell keine weiteren Fragen.

Datum / Unterschrift des Besuchers