

Geltungsbereich: Segeberger Kliniken Gruppe

Angaben zum Patienten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Station: _____

Angaben zum Besucher

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

Impfdatum oder 1. pos. PCR Ergebnis: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- an keinem Atemwegsinfekt bzw. COVID-19 leide
- keine SARS-CoV-2 Kontaktperson bin
- mich nicht in Quarantäne befinde
- **vollständig gegen COVID-19 geimpft oder genesen** (28 bis 90 Tage nach dem ersten positiven PCR-Test) bin
- über die klinikinternen Hygienemaßnahmen informiert bin und mich an diese halte

Des Weiteren beachte ich, dass

- ich mich an die Besuchszeiten halten werde (1 Stunde pro Tag innerhalb der folgenden Besuchszeiten; werktags 15-19 Uhr sowie am Wochenende 12-20 Uhr)
- ich dauerhaft eine FFP2-Maske trage, auch im Patientenzimmer
- ein Besuch in der Cafeteria untersagt ist
- für die Dauer des gesamten Klinikaufenthaltes nur ein Besucher pro Patient zugelassen ist
- dass ich ein schriftliches, negatives SARS-CoV-2 Testergebnis (AG-Schnelltest oder PCR-Test) eines zugelassenen Testzentrums, das nicht älter als 24 Stunden ist vorweisen muss
- es zu Wartezeiten an der Rezeption kommen kann und ich entsprechend Zeit einplane

Des Weiteren bestätige ich, dass ich die Klinik nicht betrete, sofern sich eine der o.g. Angaben verändern sollte. Sollte ich die Klinik dennoch betreten, bin ich dem Träger der Klinik zum Ersatz des immateriellen und materiellen Schadens verpflichtet, der durch eine Ansteckung, und/ oder einen etwaigen, durch das Gesundheitsamt Segeberg festgelegten COVID-19 Ausbruch oder sonstige behördliche festgelegte Maßnahmen entsteht, soweit dieser auf den Verstoß gegen die vorgenannten Regelungen zurückzuführen ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine Daten für 4 Wochen für eine evtl. Nachverfolgung gespeichert werden.

Datum: _____ Unterschrift des Besuchers: _____
(Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben)

Vor dem 1. Besuch auszufüllen (z.B. administrative Aufnahme, Rezeption, Pflege, Arzt)**Erlaubnis wird erteilt:**

Datum: _____ Stempel und Unterschrift des Mitarbeiters: _____