BESUCHERFORMULAR

Geltungsbereich: Segeberger Kliniken Gruppe

Angaben zum Patienten

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Station:** _____

Angaben zum Besucher

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Telefonnummer:** _____

Anschrift: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- an keiner Atemwegsinfektion leide
- an keiner bestätigten COVID-19 Infektion leide bzw. innerhalb der letzten zwei Monate gelitten habe
- mich innerhalb der letzten 14 Tage in keinem vom RKI deklarierten Hochrisiko- oder Virusvariantengebiet aufgehalten habe
- keinen Kontakt zu einem bestätigtem COVID-19 Fall hatte
- keiner behördlich angeordneten Quarantäne unterliege
- über die klinikinternen Hygienemaßnahmen informiert bin und mich an diese halte
- mit der Datenverarbeitung mittels Luca App einverstanden bin

Des Weiteren beachte ich, dass

- ich mich an die Besuchszeiten halten werde (1 Stunde pro Tag innerhalb der folgenden Besuchszeiten; werktags 15-20 Uhr sowie am Wochenende 12-20 Uhr)
- ich dauerhaft mindestens einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz und besser noch eine FFP2-Maske trage
- für die Dauer des gesamten Klinikaufenthaltes nur ein Besucher pro Patient zugelassen ist
- ich für den Besuch ein schriftliches, negatives SARS-CoV-2 Testergebnis* (AG-Schnelltest oder PCR-Test) eines zugelassenen Testzentrums nicht älter als vom Vortag vorlegen muss.
  Ein Testnachweis entfällt, sofern ich eine vollständige Immunisierung gegen SARS-CoV-2 bzw. einen Genesenennachweis vorweisen kann**
- ich mich für den Besuch mit diesem Formular sowie unter Vorlage des negativen Testergebnisses an der Rezeption an- und abmelde (Registrierung mittels Luca App oder Besucherliste)
- 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.

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: _____

Das ausgefüllte Dokument ist per Fax an 04551-802-4214088 bzw. per E-Mail Besucherhotline@segebergerkliniken.de zu übermitteln.

*Bei Vorliegen eines positiven Ergebnisses ist ein Besuch nicht möglich.
**Eine vollständige Immunisierung liegt 15 Tage nach Erhalt der notwendigen Impfdosen vor (i.d.R. zwei Impfungen).
Die Testpflicht für Genesene entfällt frühestens ab 28 Tage sowie bis maximal 6 Monate nach stattgehabter COVID-Infektion.

Jede/r Mitarbeiter/in ist für den Ausdruck selbst verantwortlich, dass die Kopie mit der aktuellen Version im roXtra übereinstimmt.