BESUCHSERLAUBNIS (STAND 24.09.2020)

Geltungsbereich: Segeberger Kliniken Gruppe

Verantwortlichkeit: Mitarbeiter der Rezeption und Arzt der entsprechenden Fachabteilung

Angaben zum Patienten

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Station:** _____

Angaben zum Besucher

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____**Telefonnummer:** _____

Anschrift: _____

1. Leidet der Besucher aktuell unter folgenden Symptomen?

Husten □ Schnupfen □ Halsschmerzen □ Fieber □ Luftnot □ Durchfall □

Kopf- und Gliederschmerzen □ Abgeschlagenheit □ Geschmacks bzw. Geruchsverlust □

Sonstige Symptome: _____

2. Hatte der Besucher innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten oder wahrscheinlichen COVID-19*- Fall?

Ja □ Nein □

3. Befindet sich der Besucher aktuell in Quarantäne bzw. liegt ein pos. COVID-19 Befund vor?

Ja □ Nein □

4. Ist der Besucher innerhalb der vergangenen 14 Tage gereist? **

Ja □ Nein □

Falls ja, wohin? _____

Datum: _____Unterschrift des Besuchers: _____

(Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben)

Vom zuständigen Arzt vor dem 1. Besuch auszufüllen

Indikation für Besuch:

Präfinale/ palliative Situation □ Geburt □ anderer Grund, welcher_____

Erlaubnis wird erteilt:

Ja, einmaliger Besuch: _____ oder von: _____ bis: _____

Nein □

Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____

Name des Arztes _____ intern Telefon: _____

(Druckbuchstaben)

*COVID-19 = Erkrankung durch das neuartige Coronavirus

**Betretungsverbot nach Aufenthalt in einem deklariertem Risikogebiet (Empfehlungen des RKI)

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