



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 Risikogebiet aufgehalten habe
- keinen Kontakt zu einem bestätigtem COVID-19 Fall hatte
- keiner behördlich angeordneten Quarantäne unterliege
- bei jedem Besuch eine ausgefüllte Risikocheckliste an der Rezeption abgebe
- über die klinikinternen Hygienemaßnahmen inklusive der Tragepflicht eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes informiert bin und mich an diese halte

Des Weiteren beachte ich, dass

- der Besuch nur für die ärztlich definierte Dauer möglich ist
- ich mit der Durchführung eines SARS-CoV-2 Antigenschnelltests einverstanden bin, sofern ich keinen negativen COVID-PCR-Nachweis (nicht älter als 48 Stunden) vorweisen kann
- ich mich für den Besuch mit diesem Formular sowie unter Vorlage der ausgefüllten Risikocheckliste an der Rezeption an- und abmelde
- 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)

Vom zuständigen Arzt vor dem 1. Besuch auszufüllen

Indikation für Besuch:

Präfinale/ palliative Situation Geburt anderer Grund, welcher _____

Negatives Testergebnis auf SARS-CoV-2 (nicht älter als 48 h) liegt vor?

Ja, Befund vom _____ Nein → Antigenschnelltest durch ausfüllenden Arzt

Ergebnis Antigenschnelltest: Positiv* Negativ

R 347 01/17 2020/21 2021/22 2022/23 2023/24 2024/25 2025/26 2026/27 2027/28 2028/29 2029/30 2030/31 2031/32 2032/33 2033/34 2034/35 2035/36 2036/37 2037/38 2038/39 2039/40 2040/41 2041/42 2042/43 2043/44 2044/45 2045/46 2046/47 2047/48 2048/49 2049/50 2050/51 2051/52 2052/53 2053/54 2054/55 2055/56 2056/57 2057/58 2058/59 2059/60 2060/61 2061/62 2062/63 2063/64 2064/65 2065/66 2066/67 2067/68 2068/69 2069/70 2070/71 2071/72 2072/73 2073/74 2074/75 2075/76 2076/77 2077/78 2078/79 2079/80 2080/81 2081/82 2082/83 2083/84 2084/85 2085/86 2086/87 2087/88 2088/89 2089/90 2090/91 2091/92 2092/93 2093/94 2094/95 2095/96 2096/97 2097/98 2098/99 2099/100



Geltungsbereich: Segeberger Kliniken Gruppe

Erlaubnis wird erteilt:

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

Nein

Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____

Name des Arztes _____ intern Telefon: _____

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 und die Hygieneabteilung zu informieren. Die Hygieneabteilung meldet das Schnelltestergebnis dem Gesundheitsamt. Parallel muss das positive Schnelltestergebnis dem Gesundheitsamt gemeldet werden und sich die positiv getestete Person umgehend in häusliche Quarantäne begeben.

R 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100