# BESUCHSERLAUBNIS (STAND 17.06.2020)

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: _____

**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: _____

*COVID-19 = Erkrankung durch das neuartige Coronavirus

**Betretungsverbot nach Aufenthalt in einem deklariertem Risikogebiet (siehe mitgeltendes Dokument sowie Empfehlungen des RKI)

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