



Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz

Liegt ein **negativer** SARS-CoV-2 Test vor?

ja, Antigen-Schnelltest vom:

ja, PCR-Test vom:

Datum

vollständig geimpft, letzte Impfung _____

genesen plus 1 oder 2 Impfungen,
letzte Impfung _____

genesen (gilt nur 6 Monate)
länger als 6 Monate zurückliegend
→ Test erforderlich

Angaben Besucher

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Besucher Patient:

Station: _____

Patientenaufkleber

Bitte beantworten Sie zusätzlich noch diese Fragen:

Grippeähnliche Symptome?

Nein

Ja

Mund- /
Nasenschutz

Kein Zutritt

Kontakt zu COVID-19
infizierten Patienten?

Nein

Ja

Mund- /
Nasenschutz

Kein Zutritt

Verlust von Geruchs-/
Geschmackssinn?

Nein

Ja

Mund- /
Nasenschutz

Kein Zutritt

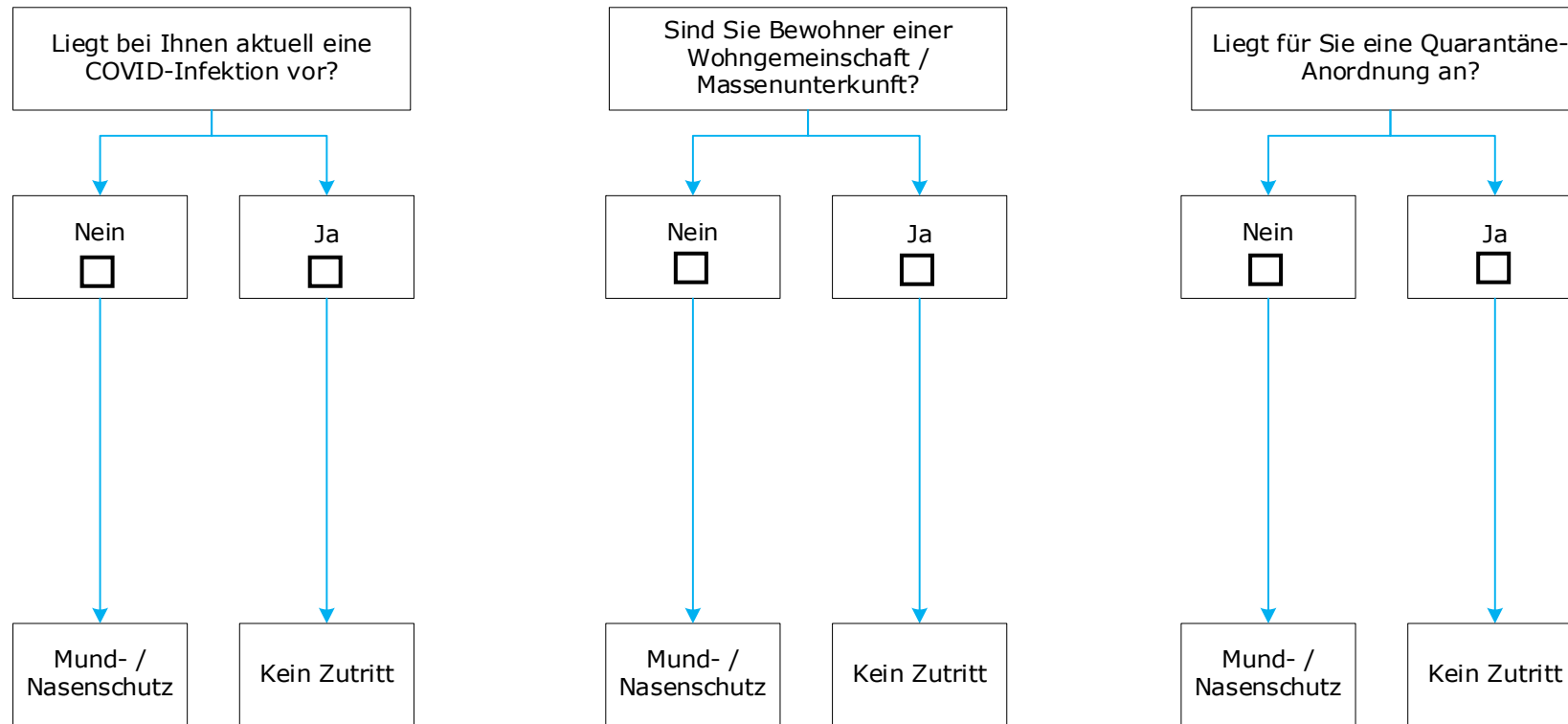
Warnhinweise durch die
Corona-App erhalten?

Nein

Ja

Mund- /
Nasenschutz

Kein Zutritt



Ich bestätige, dass ich über die Schutzmaßnahmen aufgeklärt wurde und versichere die Einhaltung der folgenden Maßnahmen:

- Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes während des gesamten Aufenthaltes in der Einrichtung
- Ggf. Tragen weiterer Schutzkleidung (Schutzkittel, Handschuhe) nach Vorgaben des Personals
- Husten- & Niesetikette (Niesen in Ellenbeuge, wegrehen von Personen bei Niesen)
- Durchführung der hygienischen Händedesinfektion
- Kein Körperkontakt zum Patient oder anderen in der Einrichtung
- Einhaltung des Mindestabstandes (mindestens 1,5m) zu allen Personen

Ihre Daten werden nur im Zusammenhang mit Ihrem Aufenthalt / Ihrer Tätigkeit in unserer Einrichtung verarbeitet und sind extern nicht zugänglich. Nach einer Aufbewahrungsfrist von vier Wochen werden sie vernichtet.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Besucher: _____