

Patient/Besucher/Begleitperson
(Name, Vorname) _____

- 1) Hatte ich in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Besuch Kontakt zu einer mit dem Coronavirus infizierten Person? Ja Nein
- 2) Habe ich erhöhte Temperatur bzw. Fieber (> 37,5° Celsius)? Ja Nein
- 3) Habe ich neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen? Ja Nein
- 4) Habe ich neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege, namentlich in Form von trockenem Husten? Ja Nein

Sofern eine dieser Fragen mit **JA** zu beantworten ist, ist nach aktueller Rechtslage **ein Besuch nicht gestattet**.

Bei allen Personen ab sechs Jahren: Der Zutritt zur Einrichtung ist derzeit nur möglich:

Patienten Notfall	(-)
Patienten stationär und ambulant	aktueller Test notwendig
Begleitperson/Besucher (Ausnahmeregelung)	2G+

vorgelegte/r Nachweis/e:

- vollständige Impfung** gegen den Corona-Virus (ausschließlich digitales Impfzertifikat) oder
- nachweislich von einer PCR-bestätigten Corona-Infektion **genesen** (in den letzten 6 Monaten/ Genesenzertifikat) oder
- einen aktuellen **negativen Corona-Test** unter Aufsicht vorweisen kann. Ein Antigen-Schnelltest darf max. 24 h, ein PCR-Test max. 48 h alt sein.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich nach den derzeitigen Corona-Regelungen des Landes Baden-Württemberg sowie der sich daraus abgeleiteten Regelungen der Thoraxklinik Heidelberg **verpflichtet bin**,

- während des gesamten Besuchs in der Einrichtung eine **FFP2-Maske** zu tragen,
- einen **Mindestabstand von 1,5 Metern** zu anderen Personen zu wahren, mir bei Betreten der Einrichtung die **Hände** mit dem am Eingang zur Verfügung gestellten Desinfektionsmittel **zu desinfizieren**,
- zu Beginn meines Besuchs meine **Kontaktdaten** und die Besuchszeit für den Fall einer erforderlichen Kontaktnachverfolgung anzugeben.

Ich nehme zudem zur Kenntnis, dass die Einrichtung bei Verstößen ein Besuchsverbot verhängen kann und dass der Zutritt unter Missachtung vorgenannter Einschränkungen eine Ordnungswidrigkeit darstellt, die mit einem Bußgeld geahndet werden kann.

(Datum)

(Unterschrift)

Kontaktdatenerfassung des Patienten/des Besuchers/der Begleitperson

Vorname, Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer (soweit vorhanden): _____

**bei Besuchern/Begleitpersonen:
besucher/begleiteter Patient**

Besuchsdatum, -uhrzeit _____

