

Bestätigung zur Besuchsregelung

Ich bin über die erforderliche Einhaltung folgender Sachverhalte informiert worden:

- Besuchszeiten: täglich 14:00 bis 19:00 Uhr
- Besuchsdauer **max. 30 Min.** innerhalb der Besuchszeiten
- Maximal **1** Besucher pro Patient zeitgleich
- Mehrere Besucher am Tag möglich
- Einhaltung des Mindestabstands von 1,5 Metern bei Besuch
- **Tragen eines Mund- Nasen- Schutzes während des gesamten Aufenthalts** im Krankenhaus
- Händedesinfektion vor und nach dem Betreten des Krankenhauses und vor und nach Berührung des Mund- Nasen- Schutzes
- Verbot zum Mitbringen von zubereiteten Speisen und Lebensmitteln
- Aufbewahrung der Kontaktdaten für maximal vier Wochen

Besuche von Personen mit Krankheitssymptomen, insbesondere Erkältungssymptome wie Fieber, Husten, Halsschmerzen, Niesen oder Abgeschlagenheit, von Covid-19-Erkrankten oder Kontaktpersonen zu Covid-19 Erkrankten sind ausdrücklich nicht erlaubt.

Besuche von Personen, die in Risikogebieten wohnen, sind ausdrücklich nicht erlaubt!

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Datum: _____

Ankunftszeit: _____

Ausgangszeit: _____

Patientendaten: _____

Unterschrift: _____