

**Besucherformular ARZ**

Sehr geehrte Besucher,  
die Corona-Krise und die damit verbundenen Besuchsbeschränkungen erfordern erhöhte Vorsichtsmaßnahmen, um unsere PatientInnen, unsere MitarbeiterInnen und auch alle BesucherInnen vor Infektionen zu schützen. Aus diesem Grunde müssen wir auf die Notwendigkeit der Kenntnisnahme und Einhaltung folgender Regelungen hinweisen:

Besuche im ARZ im Diakonie-Klinikum sind nur nach vorheriger Terminabsprache möglich.

Auch innerhalb des Klinikums gilt die Anordnung, mindestens 1,50 m Abstand zu anderen Personen zu halten.

Innerhalb des Klinikums ist das Tragen von Mund-/Nasenschutz für Besucher obligatorisch.

Darüberhinaus sind untenstehende Angaben vor Betreten des Klinikums von jedem Besucher auszufüllen.  
**Ohne Angabe der unten geforderten Angaben können wir den Zutritt nicht gestatten!**  
**>Dieses Formular ist vor jedem Besuch erneut auszufüllen!<**

Ihre Daten:		Ihr Termin im ARZ:
Name, Vorname		Datum
Adresse	Telefonnummer	Uhrzeit

Wir möchten –im Interesse aller anderen- darum bitten, dass Sie wahrheitsgemäß Angaben zu folgenden Selbstbeobachtungen machen:

**Können Sie aktuell eines der im Folgenden genannten Symptome bei sich feststellen?**

HUSTEN	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	HALSSCHMERZEN/ HALSKRATZEN	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
LUFTNOT	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	SCHNUPFEN	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
AUSWURF	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	KOPF-/ GLIEDERSCHMERZEN	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
FIEBER	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	RIECH-/ GESCHMACKSTÖRUNGEN	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
SCHÜTTELFROST	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			

Wenn Sie eines der oben genannten Symptome bei sich beobachten können, heißt dies nicht, dass bei Ihnen eine Corona-Infektion vorliegt. Allerdings müssen wir in einem solchen Falle zur Sicherheit aller anderen Menschen, die sich im Klinikum bewegen, darum bitten, von einem Besuch aktuell Abstand zu nehmen.

**Bei auftretenden Infektionen wird das Gesundheitsamt den Ansteckungsweg zurückverfolgen. Aus diesem Grunde wird dieses Dokument bei uns aufbewahrt.**

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme der Besuchsregeln, die Richtigkeit der obenstehenden Angaben und stimmen der Archivierung zum Zwecke der Rückverfolgung durch das Gesundheitsamt zu.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift