



# Besuchsberechtigung

Liebe Besucherinnen und Besucher,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns zu begrüßen. Dies ist in Zeiten von Covid-19 jedoch nur unter strengen Vorgaben möglich. Zu Ihrem Schutz sowie zum Schutz unserer Patienten und Mitarbeiter sind wir zum Zweck einer schnellen Nachverfolgbarkeit möglicher Infektionsketten mit dem Covid-19-Virus („Corona“) verpflichtet, Ihre Anwesenheit in unserem Klinikum zu dokumentieren. Die Verpflichtung ergibt sich aus §1 Abs. 2 Nr. 3c der zweiten Verordnung zur Bekämpfung des Corona-Virus des Landes Hessen. Daher können wir Ihnen den Zutritt in unser Krankenhaus nur gestatten, wenn Sie bei jedem Besuch dieses Formular ausfüllen und unterzeichnen. Das Dokument berechtigt Sie einmalig für den Besuch einer Patientin oder eines Patienten. Bitte geben Sie das ausgefüllte Formular am Empfang im Eingangsbereich des Krankenhauses ab. Der Bogen wird nach vier Wochen datenschutzkonform von uns entsorgt.

**Bitte beachten Sie:** Die Hygiene- und Verhaltensregeln sind zwingend einzuhalten! Insbesondere das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes ist Pflicht! Bewahren Sie einen 1,5 Meter Abstand, auch zum Patienten, den Sie besuchen!

## Kontaktdaten der/des besuchten Patientin/Patienten:

Vorname, Name: .....

Fachabteilung/Station: .....

## Kontaktdaten des Besuchers:

Vorname, Nachname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Telefonnummer: .....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Es steht Ihnen frei, Angaben auf diesem Formular bzw. eine Unterzeichnung dieses Formulars zu verweigern. In diesem Fall behalten wir uns vor, von unserem Hausrecht Gebrauch zu machen und Ihnen den Zutritt zu verwehren.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Sie dies bei jedem Besuch erneut fragen müssen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift