

Besuchsberechtigung

Dieses Dokument berechtigt Sie **einmalig** für den Besuch einer Patientin oder eines Patienten.
Die Dauer des Besuchs ist auf eine Stunde beschränkt. Es gilt die Regel ein Besucher pro Tag je Patient für jeweils eine Stunde. Besuche sind erlaubt ab dem vierten Tag einer stationären Behandlung.

Sie werden gebeten, die Besuchsberechtigung bei sich zu führen und auf Aufforderung des Krankenhauspersonals vorzuzeigen. Beim Verlassen des Krankenhauses geben Sie den Berechtigungsschein unbedingt im Ausgangsbereich ab.

Aus Infektionsschutzgründen muss, wer zu Besuch kommen möchte, eine der vom Gesetzgeber klar definierten Vorgaben erfüllen (Drei G Regel): genesen, geimpft, getestet.
Alle Besucher sind dazu verpflichtet, die geltenden Abstands- und Hygieneregeln einzuhalten

Kontaktdaten der/des besuchten Patientin/Patienten:

Vorname, Name:
Fachabteilung/Station:

Kontaktdaten des Besuchers:

Vorname, Nachname:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Telefonnummer:

Besuchszeiten: **Vom Krankenhaus auszufüllen!**

Datum und Zeitpunkt bei Betreten des Krankenhauses:
Unterschrift/Kürzel des Krankenhauspersonals:
Datum und Zeitpunkt bei Verlassen des Krankenhauses:
Unterschrift/Kürzel des Krankenhauspersonals:

Name des/der Patient*in: Station und Zimmer:
Vorname, Nachname:
Anschrift:
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

Hiermit bestätige ich, dass ich sowohl das **Informationsblatt zum Datenschutz** als auch das **Informationsblatt zu den Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen** zur Kenntnis genommen habe. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese auch befolgen.

.....
Ort, Datum
.....
Unterschrift