



Besuchenerfassung Klinik Oberammergau

Datum

Uhrzeit

Patient/in:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Station/Zimmer

Besucher/in:

Name, Vorname

Kontakttelefonnummer

| JA | NEIN | FRAGEN AN DEN BESUCHER |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stehen Sie unter einer vom Gesundheitsamt verordneten Quarantäne? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die positiv auf das Coronavirus getestet wurde? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie innerhalb der letzten sieben Tage eines odere mehrere der folgenden Symptome verspürt? Husten, Kopf- und Gliederschmerzen, Fieber, Halsschmerzen, Atemnot, Geruchs- und Geschmacksstörungen |

Hiermit bestätige ich, dass

- die oben genannten Angaben korrekt sind
- ich mich an die gesetzlichen Vorgaben der 12. Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (12.BayIfSMV) halte, u.a.
 - Einhaltung eines Mindestabstands von 1,5 Metern
 - Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske
 - Pflicht zur Händedesinfektion

Bei Nichteinhaltung der Hygieneregeln, muss das Besuchsrecht zum Schutz der Patienten sofort entzogen werden.

Die Datenerfassung der Besucher erfolgt auf Basis der 12. BayIfSMV vom 12.März 2021 des Freistaates Bayern.

Die Daten werden nach Außerkraftsetzung des Rechtsaktes unverzüglich gelöscht, sofern keine neue weitere gesetzliche Verpflichtung zur Speicherung erfolgt.

Datum

Unterschrift Besucher/Besucherin

| JA | NEIN | VON DER KLINIK OBERAMMERGAU AUSZUFÜLLEN |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Negativer PCR-Test (nicht älter als 48 Stunden) oder negativer Anti-Gen-Schnelltest (nicht älter als 24 Stunden) liegt vor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ableich der Personalien ist erfolgt |

Handzeichen Mitarbeiter Klinik Oberammergau