

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher

Sie möchten einen Krankenbesuch abstaten. Basierend auf der neuesten Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung sind folgende wichtige Regeln zu beachten:

- Die Besuchszeit ist beschränkt auf 3 Stunden - von 14:00 bis 17:00 Uhr
- Pro Patient ist nur ein Besucher am Tag erlaubt
- Die Besuchsdauer ist auf maximal 1 Stunde beschränkt
- Bitte am Eingang Händedesinfektion durchführen
- Bitte tragen Sie eine FFP-2 Maske während Ihres gesamten Aufenthalts im Klinikgelände
- Halten Sie bitte jederzeit den Mindestabstand von 1,5 Metern zu anderen Personen, auch zu ihrem erkrankten Angehörigen ein
- **Ein negativer Corona Test liegt vor, Selbsttests haben KEINE Gültigkeit!**
 - **Ein PCR Test (max. 48 Stunden) oder ein Schnelltest (max. 24 Stunden) oder**
 - **Ich bin vollumfänglich geimpft oder hatte bereits eine Covid 19 Infektion (Nachweis liegt vor)**
- Nach der aktuellen Corona Verordnung des Landes Bayern besteht eine **Registrierpflicht**

Name, Vorname des Patienten	
Ihr Name, Vorname	
Ihre Telefonnummer	

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Unterschrift: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- Ich versichere, keine auf COVID-19 hinweisende Symptome (z.B. Atemwegssymptome, Schnupfen, Husten, Heiserkeit, Halsschmerzen, Geschmacksverlust) und kein Fieber zu haben
- Ich versichere, dass ich in den letzten 14 Tagen wissentlich keinen Kontakt zu einer mit SARS-COV-2 (Corona Virus) infizierten oder an diesem Virus erkrankten Person gehabt habe, ebenso hatte ich keinen Kontakt zu einer Verdachts- oder Kontaktperson
- Ich versichere, dass ich mich innerhalb der letzten 14 Tage nicht in einem Risikogebiet aufgehalten habe, in dem zum Zeitpunkt meiner Einreise nach Deutschland ein erhöhtes Risiko für eine Infektion mit SARS-COV-2 bestand. Maßgeblich ist die jeweils aktuelle Veröffentlichung des Robert-Koch-Instituts über die Einstufung als Risikogebiet.
- Der vorgelegte Corona Test wurde von einer zugelassenen Institution ausgeführt (z.B. Testzentrum, Hausarzt, Apotheke)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass alle Angaben wahrheitsgemäß ausgefüllt wurden und Sie mit einer vierwöchigen Aufbewahrung dieser Daten einverstanden sind. Ihre Daten werden zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Polizeibehörde nach §§ 16, 25 IfSG aufbewahrt. Die Aufzeichnung wird nach 4 Wochen vernichtet.

Um die Registrierung möglichst einfach zu gestalten, liegt dieses Formular für Sie zum Download auf unserer Internetplattform bereit: www.kliniken-nea.de