

CORONA SCHUTZVERORDNUNG

Covid – Registrierung / Dokumentation Testung Patienten und Besucher

Sehr geehrte Patienten, Besucher und Begleitpersonen

Nach der Corona-Schutzverordnung (Corona SchVO) des Landes Baden-Württemberg sind Krankenhäuser verpflichtet ein Besucherregister zu führen. Dieses dient der Nachvollziehbarkeit von Infektionsketten bei möglichen Infektionen mit SARS-CoV-2.

Im Verdachtsfall wird das Gesundheitsamt schnellstmöglich Kontakt mit den betroffenen Personen aufnehmen. Die Daten werden vier Wochen aufbewahrt. Sollte ein Test in unserer Klinik durchgeführt werden und ist das Ergebnis positiv, gilt eine Aufbewahrungsdauer bis zum 31.12.2024.

**Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und unterschreiben Sie auf der Rückseite
Vielen Dank!**

Ihre Kliniken des Landkreises Lörrach / Ihr Elisabethen-Krankenhaus

Ich bin Patient Besucher Begleitperson

Nachname, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Betrifft Begleitperson oder Besucher: Name und Station des Patienten, den Sie begleiten / besuchen:

SELBSTAUSKUNFT

Haben Sie einen vollständigen Impfschutz gegen Covid bzw. sind Geimpften gleichgestellt? Ja Nein

Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden wie trockener Husten, Fließschnupfen, Kopfschmerz, Störung des Geschmacks- oder Geruchssinns? Ja Nein

Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (> 37,5° Celsius)? Ja Nein

Waren Sie in den letzten 4 Wochen mit dem Coronavirus infiziert oder besteht ein nicht widerlegter Verdacht einer Infektion? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, die in den letzten 4 Wochen mit Corona-infiziert war oder bei der ein nicht widerlegter Verdacht besteht? Ja Nein

Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem Covid-Risikogebiet / Covid-Virusvariantengebiet oder außerhalb der EU (Urlaub, Dienstreise)? Ja Nein

Wenn ja, wo ? _____ bis wann ? _____

Die Besuchsregeln auf Seite 2 dieses Schreibens habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Uhrzeit

Unterschrift

BESUCHERREGELUNGEN

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- der Besuch durch Personen, die einer Absonderungspflicht im Zusammenhang mit dem Coronavirus unterliegen oder die typische Symptome einer Infektion aufweisen, nicht gestattet ist.
- ich als Besucher/Begleitung verpflichtet bin, während des gesamten Besuchs in den Innenräumen der Einrichtung eine **FFP2-Maske** zu tragen
- ein Mindestabstand von 1,5 Metern zu jeder anderen Personen zu wahren ist. Ausnahmen: ich bin Ehegatte/ Lebenspartner/ Partner der anderen Person oder bin in gerader Linie verwandt (deren Vater, Mutter, Bruder, Schwester, (Groß-)Tante oder –Onkel, (Groß-)Nichte oder –Neffe), oder ich lebe im gleichen Haushalt.
- bei Betreten des Krankenhauses sich jede Person die Hände mit dem am Eingang zur Verfügung gestellten Desinfektionsmittel desinfizieren muss
- dass das Krankenhaus bei Verstößen ein Besuchsverbot verhängen kann.

Die Regelungen und Informationen habe ich zur Kenntnis genommen. Dies sowie die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Nachname, Vorname (der zu testenden Person): _____

Vom Personal auszufüllen

- **Empfang / Einlasskontrolle**

- keine Immunisierung Immunisierung nachgewiesen
 Qualifizierter Antigentest PCR-Test

HZ: _____

- **Ziel-Station / -Abteilung**

Folgender Test wurde durch das Krankenhaus durchgeführt:

ANTIGEN-SCHNELLTEST

- SARS-CoV2-Antigen Test von FA. Hotgen Biotech Co Test ID: BfArM AT055/20
 Laborgebunden Sofia Sars-Ag Fa. Quidel Test ID: BfArM AT006/20

Ergebnis Antigen-Schnelltest: **positiv** **negativ**

PCR-TEST

- Es wird ein PCR-Test zur Auswertung an das Labor Clotten geschickt

durchgeführt am _____ von (Name/Unterschrift) _____

Der positive Befund wurde an das Gesundheitsamt Lörrach übermittelt am _____

Datum _____ Name/Unterschrift _____