**Für Besucher: Angaben zur eigenen Person (bitte in Druckbuchstaben und lesbar ausfüllen!)**

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Nachname: |  |
| Adresse: |  |
| Telefonnummer/Emailadresse |  |
| Aufzusuchende/r Patient |  |
| Station |  |
| Datum, Uhrzeit des Besuchs: |  |

**Allgemeine Angaben:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **JA** | **NEIN** |
| **Immunitätsnachweis:**  Abgeschlossene C19-Impfung? (2. Impfung älter als 2 Wochen)  Genesenenstatus (Z.n. Infektion < 6 Monate) |  |  |
| **Neg. Antigentest** <24h (Saarlandtestzertifikat) |  |  |
| Fieber (>38°) **Temp:** |  |  |
| Erkältungssymptome |  |  |
| Befinden Sie sich selbst aktuell in Quarantäne? |  |  |
| Kontakt zu einer SARS-Cov-2 pos. getesteten Person innerhalb der letzten 14 Tage? |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Besucher/in

**Vom Krankenhaus auszufüllen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **JA** | **NEIN** |
| Amtlicher Lichtbildausweis vorgelegt |  |  |
| Einlass des Besuchers wurde gewährt |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Klinikmitarbeiter