

Dieses Dokument berechtigt Sie **einmalig** für den Besuch eines/r Patient\*in ist bei jedem Besuch erneut auszufüllen. Die Dauer des Besuchs ist auf **eine Stunde** zwischen 14 und 18 Uhr beschränkt.

Die Zugangsberechtigung ist grundsätzlich personengebunden; die Kontrolle eines amtlichen Lichtbildausweises kann erfolgen.

Das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete **Formular zur Abfrage der Gesundheitsdaten** ist am Empfang **bei Zutritt** zum Krankenhaus abzugeben. Nach Abgabe erhalten Sie einen Besucherausweis, den Sie während Ihres Besuches den Mitarbeitern des Krankenhauses gegenüber, auf Aufforderung vorzeigen.

**Bitte beachten Sie:** Die Hygiene- und Verhaltensregeln sind zwingend einzuhalten  
Insbesondere das Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes ist Pflicht  
Bewahren Sie einen 1,5 Meter Abstand, auch zum Patienten, den Sie besuchen

**Kontaktdaten des/der besuchten Patient\*in:**

Vorname, Name: .....

Fachabteilung/Station: .....

**Kontaktdaten des Besuchers/der Begleitperson:**

Vorname, Nachname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Telefonnummer: .....

**Gesundheitsfragen**

Waren Sie Innerhalb der letzten 14 Tage in einem Hochinzidenz- oder Virusvariantengebiet laut RKI?

ja nein

Leiden Sie an Symptomen einer Atemwegsinfektion (Fieber/ Husten/ Geschmacks- oder Geruchsverlust)?

ja nein

**Angaben zur Immunisierung**

Sind Sie (bitte Zutreffendes ankreuzen)

a) 2-fach gegen COVID 19 geimpft?

ja nein

b) Sind Sie ein(e) Covid Genesene(r) und 1mal geimpft?

ja nein

c) Negativ getestet?

ja nein

Welchen Nachweis legen Sie vor?

Originalimpfausweis in Papier

Originalimpfausweis/Genesennachweis Papier

Testergebnis Papier

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.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.**

Weiterhin bestätige ich, dass ich das Informationsblatt zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen – bitte Flyer und Aushänge beachten!!! - habe ich verstanden und werde diese befolgen.

Frankfurt, Datum und Uhrzeit

Unterschrift des Besuchers

**Definition:**

**Genesenennachweis** ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens einer vorherigen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in Papierform, wenn die zugrundeliegende Testung durch eine Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) erfolgt ist und **mindestens 28 Tage sowie maximal sechs Monate** zurückliegt

Eine **geimpfte Person** ist eine asymptomatische Person, die im Besitz eines auf sie ausgestellten Impfnachweises ist. Im Sinne des Gesetzgebers liegt ein vollständiger Impfschutz an Tag 15 nach zweiter Impfung/ bei Genesenen an Tag 15 nach erster Impfung vor.

[ACHTUNG Ausnahme: Impfstoff Janssen (Sog. „Johnson und Johnson-Impfstoff“) grundsätzlich nur als Einmalgabe.]

Akzeptiert werden allein die folgenden vom RKI für Deutschland und die EMA für die EU zugelassenen Impfstoffe folgender Hersteller:

[BioNTech/Pfizer](#); [Moderna](#); [AstraZeneca](#); [Janssen Pharmaceutica NV](#).“

**Vom Krankenhaus auszufüllen:**

Angebener Test –oder Impfnachweis wurde vorgelegt und wird mitgeführt

Stempel der Rezeption Unterschrift/Kürzel des Krankenhauspersonals