

---

## Anmeldung Patientenbesuch

**Patient:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname / Geb.-Datum

**Besucher:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Adresse:

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer:

Wir bitten Sie um folgende Angaben:

Leiden Sie an einer akuten Atemwegserkrankung?

Ja             nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einer Region, in der ein erhöhtes  
Infektionsgeschehen bekannt ist?

Ja             nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer COVID-19-erkrankten Person?

Ja             nein

Wenn Sie eine der drei Fragen mit ja beantwortet haben, muss Ihnen entsprechend der  
Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes der Besuch im Klinikum verwehrt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucher

Entsprechend der Datenschutzverordnung wird das Dokument nach vier Wochen  
vernichtet.