|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefonnummer: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname des Patienten: |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Station: |       |  | Zimmer: |       |

[ ]  Negativer Corona Test liegt vor (max. 48 h alt).

[ ]  Nachweis vollständiger Impfung liegt vor (d. h. Zweite Impfung ist länger als 2 Wochen her).

[ ]  Genesen und Bestätigung des Gesundheitsamtes liegt vor.

Ich werde mich an folgende Regeln halten, bitte ankreuzen:

|  |  |
| --- | --- |
| Tragen des Mund-Nasen-Schutzes während des Aufenthaltes | [ ]  |
| Händedesinfektion bei Betreten des Patientenzimmers und vor Verlassen des Patientenzimmers  | [ ]  |
| Einhaltung der **maximalen Besuchszeit** von **2 Stunden** | [ ]  |
| **Maximal zwei Besucher pro Patient pro Tag** | [ ]  |
| Abstand zu anderen Personen (mind. 1,5 m) einhalten | [ ]  |

Die Angaben sind aufgrund der Verordnung zum Schutz vor Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 des Landes NRW vom 24.06.2021 in der ab dem 25.06.2021 gültigen Fassung verpflichtend und werden streng vertraulich behandelt. Falls gesetzlich notwendig, werden Ihre Daten an das zuständige Gesundheitsamt weiter geleitet.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: |   |  | Uhrzeit:       |  |  |

 Unterschrift Besucher/in

□ Identität wurde überprüft.

□ Einlass des Besuchs wurde gewährt.

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

 Unterschrift RMK oder Security