|  |  |
| --- | --- |
| 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