

Persönliche Daten

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer od. Mobilnummer od. E-Mail-Adresse: _____

Informationen zur besuchten Person

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . _____

Station/Fachabteilung (falls bekannt): _____

Einverständniserklärungen

- Ich bin innerhalb der letzten 4 Wochen und auch aktuell nicht an Covid-19 erkrankt.
- Ich weise derzeit keine Infektzeichen wie starken Husten, Fieber (38,0°C und mehr), Atemnot, Geruchs- und Geschmacksstörungen etc. auf.
- Ich verpflichte mich während meines Besuches einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen.
- Ich verpflichte mich den vom RKI vorgegebenen Mindestabstand von 1,5 Metern zu meinen Mitmenschen im Allgemeinen und meinem besuchten Angehörigen im Besonderen im gesamten Klinikareal einzuhalten.
- Ich verpflichte mich die vom Klinikum Crailsheim vorgegebenen Hygienemaßnahmen, z. B. die regelmäßige Händedesinfektion, einzuhalten.
- Ich verpflichte mich meinen Besuch beim Pflegepersonal der Station anzumelden.
- Ich verpflichte mich die Besuchszeit von max. 1 Stunde einzuhalten.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Meine Angaben gelten auch für folgende Besuchstage.

Datum: _____

Unterschrift: _____