

Erfassungsformular für Besucher COVID 19 KSOB
Erfassung der Besucher an der Kliniken Südostbayern AG

Name, Vorname des besuchten Patienten:

Name, Vorname des Besuchers:

Straße, PLZ, Wohnort des Besuchers:

Telefonnummer des Besuchers:

Besuchsdatum: Uhrzeit von bis(max. 60 Minuten)

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

| Zutrittsvoraussetzungen | Ja | Nein | Bemerkung |
|---|----|------|-----------|
| Ich stehe aktuell <u>nicht</u> unter Quarantäne | | | |
| Eine der vier nachfolgenden Kriterien muss erfüllt (mit Ja bestätigt) sein, : Diese gelten ausschließlich in Verbindung mit der Identitätskontrolle | | | |
| 1. Nachweis einer zweifachen Corona-Impfung via Impfpass oder Bescheinigung | | | |
| 2. Nachweise einer durchgemachten Erkrankung via Quarantänebescheinigung < 6 Monate | | | |
| 3. Nachweis eines negativen PCR-Testergebnisses nicht älter als 48 Std. oder maximal 24 h altem qualifiziertem Antigen-Schnelltest (kein Selbsttest) | | | |
| 4. Nachweis einer durchgemachten Erkrankung via Quarantänebescheinigung +Nachweis einer Corona- Impfung via Impfpass oder Bescheinigung | | | |
| Identitätskontrolle via Personalausweis | | | |

Ich erkläre hiermit die wahrheitsgemäße und korrekte Beantwortung der Angaben und die Einhaltung der Hygienerichtlinien und Besuchszeiten gemäß Merkblatt .

Unterschrift des Besuchers

Datenschutzinformation: Ihre Daten werden im Falle einer Infektion an das Gesundheitsamt weitergegeben und für die Analyse von Infektionswegen und – geschehen verwendet. **Dieses Dokument ist bei der Eingangskontrolle am Haupteingang der Klinik abzugeben und wird für 30 Tage aufbewahrt.**