

*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:**

<b>Zutrittsvoraussetzungen</b>	Ja	Nein	Bemerkung
Ich stehe aktuell <u>nicht</u> unter Quarantäne			
<b>Eine der vier nachfolgenden Kriterien muss erfüllt (mit Ja bestätigt) sein, :</b>  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.			
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.**