

## Covid-19 Besucherformular

# Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

aufgrund der aktuellen Covid-19-Pandemie ist es erforderlich, dass alle Besucherinnen und Besucher im Vorfeld einige Angaben zu ihrer Person machen. Dies gibt Ihnen, unseren Patiententinnen und Patienten und unseren Beschäftigten die Sicherheit, eine weitere Ausbreitung des Virus zu vermeiden.

Die Rechtsgrundlage für die Erhebung der Daten ist die Verordnung zum Schutz vor Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronaverordnung) der Freien Hansestadt Bremen, in der jeweils aktuellen Fassung.

Bitte legen Sie uns einen der folgenden Nachweise vor:

- negativer, am Tag des Besuchs in einem zertifizierten Testzentrum durchgeführter Antigentest
- oder Genesene mit positiven **SARS-Cov-2-PCR-Test** in den letzten 6 Monaten
- oder Genesene mit positiven **SARS-Cov-2-PCR-Test** älter als 6 Monaten **und** Impfpass mit **1. Impfung** vor mindestens 14 Tagen
- oder Impfpass mit **zwei Impfungen** (2. Impfung vor mindestens 14 Tagen)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Unterstützung!

### BESUCHERDATEN

Datum des Besuches: .....

Name, Vorname: .....

Adresse (Straße, PLZ, Wohnort)\*: .....

Telefon: .....

Name, Vorname des besuchten Patienten: .....

Station: .....

### Bitte beantworten Sie außerdem die folgenden Fragen:

	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an Covid-19 erkrankt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen aktuell oder in den vergangenen Tagen Anzeichen einer Erkältung oder eines grippalen Infektes aufgetreten mit einem der folgenden Symptome, wie z.B. Husten, Fieber, Halsschmerzen, Abgeschlagenheit oder Kopf- und Gliederschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist zurzeit Ihr Geruchs- und / oder Geschmackssinn beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Temperaturmessung: ..... Grad Celsius		

\* freiwillige Angabe

## Covid-19 Besucherformular Seite 2

**BESUCHERDATEN - Bitte heften Sie die beiden Seiten zusammen oder übertragen Ihre Daten.**

Wenn Sie das Formular online ausfüllen werden die Daten automatisch übertragen.

Datum des Besuches: .....

Name, Vorname: .....

- 
- Ich verpflichte mich, die geltenden Hygieneregeln (Tragen einer FFP2-Maske , Händedesinfektion, Mindestabstandsregelung, Verzicht auf Körperkontakt) zu befolgen und einzuhalten.
  - Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten gespeichert und ggf. im Rahmen der Kontaktpersonen-Nachverfolgung an das Gesundheitsamt weitergegeben werden. Die Datenvernichtung erfolgt nach vier Wochen

Datum und Unterschrift Besucher/-in .....

- 
- Ein gültiger negativer Covid-19-Test (Antigen-Schnelltest oder PCR-Test) liegt vor.
  - Ein gültiger Impfnachweis (vollständige Impfung plus 14 Tage) liegt vor.
  - Ein ärztlicher Nachweis über eine nicht mehr als sechs Monate zurückliegende SARS-CoV-2-Infektion liegt vor.
  - Ein ärztlicher Nachweis über eine mehr als sechs Monate zurückliegende SARS-CoV-2-Infektion **und** ein Impfnachweis mit einer Impfung plus 14 Tageliegt vor.

Datum und Unterschrift Mitarbeiter/in Empfang .....

Ihre Daten werden nur zum Zweck der Nachverfolgung im Fall einer Corona- Infektion erfasst und automatisch nach 28 Tagen gelöscht.