



Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Begleitperson,
sehr geehrte Besucherin,
sehr geehrter Besucher,

Name:
Vorname:
Adresse oder Telefonnummer:

Waren Sie in den <u>letzten vier Wochen</u> mit SARS-CoV-2 infiziert? Oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie in den <u>letzten 2 Wochen</u> eines der folgenden Symptome: <ul style="list-style-type: none">• Erhöhte Temperatur bzw. Fieber (>37,5° Celsius)?• Neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen?• Neu aufgetretene Beschwerden der Atemwege (Husten, Luftnot)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den <u>letzten 2 Wochen</u> Kontakt zu einer Person, die mit SARS-CoV-2 infiziert war, oder bei der ein nicht widerlegter Verdacht auf eine solche Infektion bestanden hat?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem dieser Gebieten aufgehalten: <ul style="list-style-type: none">• Risikogebiet• Hochrisikogebiet• Virusvariantengebiet	Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Bei einer Inzidenz >10, geben Sie bitte Ihren Immunstatus an:

Vollständiger Impfschutz <input type="checkbox"/>	Genesen <input type="checkbox"/>	Getestet <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	--------------------------------------

Wir bitten Sie darum:

- während Ihres Aufenthaltes im Klinikum Esslingen eine **FFP2- oder KN95-Maske (bei einer Inzidenz > 10)** oder einen **medizinischen Mund-Nasen-Schutz (bei einer Inzidenz < 10)** zu tragen und den **Mindestabstand von 1,5 Metern zu anderen Personen** einzuhalten
- sich **auf direktem Weg** zu Ihrer Ambulanz/ Station und nach Ihrem Termin/ Besuch zum Ausgang zu begeben

Nur von Besuchern/ Begleitpersonen auszufüllen!

Name des besuchten Patienten:	Geburtsdatum des besuchten Patienten:
Station:	Datum des Besuchs:
Beginn der Besuchszeit:	Voraussichtliches Ende:

Als Besucher/ Begleitperson **verpflichte ich mich**,

- mich ausschließlich zu Besuchszwecken bei benanntem Patienten im Patientenzimmer oder in einem ausgewiesenen Besucherbereich aufzuhalten.
- mich an die vorgegebene Besuchszeit von einer Stunde zu halten.

Vielen Dank

Ihr Klinikum Esslingen

Datum, Unterschrift Patient/ Besucher/ Begleitperson