

Zugang für Besucher und Patienten (m/w/d)

(Access for visitors and patients / Ziyaretçiler ve hastalar için erişim başvurusu)

Besucher*/Externe Patient: ambulant tagesklinisch stationär

Vorname _____
(first name / isim)

Nachname _____
(surname / soyisim)

Geburtsdatum _____
(date of birth / Doğum tarihi)

Zielstation/ -bereich _____
(ward or area/ bölüm veya alan)

Telefonnummer _____
(phone number / Telefon numarası)

Landkreis/Stadt _____
(county/city / İlçe/Şehir)

Datum _____
(date / Ziyaret Tarih)

***WER WIRD BESUCHT? (Who is being visited? / Kimi ziyaret edeceksiniz?)**

Vorname, Nachname: _____
(first name / isim), (surname / soyisim)

Zeit (Beginn/Ende) _____ Uhr bis _____ Uhr
(time of the visit / Ziyaret saati)

BITTE KREUZEN SIE DIE ZUTREFFENDEN KÄSTCHEN AN! (PLEASE TICK THE APPROPRIATE BOXES / LÜTFEN İŞARETLEYİN)

Unterliegen Sie einer Absonderungspflicht (Quarantäne)?

(Are you in quarantin? / Karantinada mısın?)

ja (yes / evet)

nein (no / hayır)

Zeigen Sie Anzeichen für Atemnot, neu auftretenden Husten, Fieber, Geschmacks- oder Geruchsverlust ? (Do you notice signs of breathlessness, emerging cough, fever, loss of taste or smell? / Nefes darlığı, yeni ortaya çıkan öksürük, koku veya tat kaybı belirtileri var mı?)

ja (yes / evet)

nein (no / hayır)

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich nach den derzeitigen Corona-Regelungen des Landes Baden-Württemberg verpflichtet bin, (I acknowledge that, according to the current corona regulations of the state of Baden-Württemberg, I am obliged to.)

- während des gesamten Besuchs in der Einrichtung mindestens einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz zu tragen und einen Mindestabstand von 1,5 Metern zu anderen Personen zu wahren, (wear a medical mouth and nose protection throughout the visit and keep a distance of 1.5 meters,)
- mir bei Betreten der Einrichtung die Hände mit dem am Eingang zur Verfügung gestellten Desinfektionsmittel zu desinfizieren, (disinfect my hands with the disinfectant provided at the entrance when entering the facility,)
- zu Beginn meines Besuchs meine Kontaktdaten und die Besuchszeit für den Fall einer erforderlichen Kontaktnachverfolgung anzugeben. (to provide my contact details and the time of the visit at the beginning of my visit in the event that a contact follow-up is necessary.)

Ich nehme zudem zur Kenntnis, dass die Einrichtung bei Verstößen ein Besuchsverbot verhängen kann und dass der Zutritt ohne mindestens einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz oder einen Nachweis für meinen „3G-Status“ eine Ordnungswidrigkeit darstellt, die mit einem Bußgeld geahndet werden kann. (I also acknowledge that the facility can impose a ban on visitors in the event of violations and that access without at least a medical mouth and nose protection or proof of my „3G status“ constitutes an administrative offense that can be punished with a fine.)

Unterschrift Besucher/Patient _____
(Signature of visitor/patient /Tarih ve Ziyaretçinin/hasta imzasi)

Vom Klinikpersonal auszufüllen

Nachweis erbracht: getestet geimpft genesen

Zugang unbedenklich ja nein

Unterschrift (Klinikpersonal)