

## Verpflichtungserklärung bei Besuchen

Sie haben sich für einen Patientenbesuch in unserer Klinik angemeldet. Um die Sicherheit unserer Patienten und Mitarbeiter zu gewährleisten, bitten wir Sie, sich die unten gelisteten Vorgaben durchzulesen und Ihre Kenntnisnahme zu bestätigen.

Als Besucher **verpflichte ich mich**,

- Während des gesamten Besuchs einen Mund-Nasenschutz zu tragen, einen Mindestabstand von 1,5 Metern zu wahren und die Regeln der Händedesinfektion einzuhalten.
- Auf körperlichen Kontakt (Händeschütteln, Umarmungen, o.Ä.) zu verzichten.
- Die vorgegebene Besuchszeit einzuhalten und mich nach dem Besuch an der Rezeption abzumelden.
- Und **nehme zur Kenntnis**, dass ein – auch fahrlässiges – Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann und dass das Besuchsrecht bei Nichteinhaltung entzogen werden kann und es ggf. zu einer disziplinarischen Entlassung des Patienten führen kann.

Patient: \_\_\_\_\_

### Besucher:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Temperatur: \_\_\_\_\_

Besuchsbeginn: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr

Besuchsende: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucherin/Besucher

Herzlichen Dank.

Ihre Daten werden zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Ortspolizeibehörde nach §§ 16, 25 IfSG gespeichert. Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.