



PATIENTENINFORMATION

» Hygienerichtlinien und Corona-Fragebogen

Liebe Patientinnen und Patienten der ambulanten Sprechstunden, aufgrund der Corona-Pandemie ist der Zutritt zu unserem Krankenhaus nur in eingeschränkter Form möglich. Es gelten unsere Hygieneregeln:

- **Wenn Sie krank sind, bitte erst telefonisch Kontakt aufnehmen.**
Sollten Sie Fieber, Husten oder andere akute Infektionssymptome haben, melden Sie sich bitte zunächst telefonisch in der Praxis /im MVZ.
- **Wegeführung:**
Bitte nutzen Sie den direkten Weg zur Patientensprechstunde und wieder zurück. Nutzen Sie dabei den Haupteingang
- **Abstandsregelung:**
Bitte halten Sie jederzeit einen Abstand von mindestens 1,5 m zu allen Patienten, Mitarbeitern und ihren Angehörigen.
- **Mund-Nasen-Schutz:**
Das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes während des gesamten Aufenthalts im Krankenhaus ist verpflichtend.
- **Händedesinfektion:**
Bitte desinfizieren Sie sich mindestens beim Betreten und Verlassen des Krankenhauses die Hände. Desinfektionsmittelpender finden Sie ausreichend in allen Krankenhausbereichen.
- **Corona-Fragebogen:**
Jeder Patient muss vor dem Eintritt in das Krankenhaus einen Fragebogen ausfüllen. Dieser wird für 4 Wochen aufbewahrt und anschließend vernichtet. Er dient der Nachverfolgung von Kontaktpersonen bei auftretenden Infektionsketten und der Sicherheit der stationären Patientinnen und Patienten. Den Fragebogen finden Sie auf der zweiten Seite. Die Registrierung der Patienten erfolgt vor dem Eintritt ins Krankenhaus. Um die Abläufe zu beschleunigen und lange Wartezeiten zu vermeiden, bringen Sie den Fragebogen bitte schon ausgefüllt mit und legen diesen bei der Registrierung vor.



» Corona-Fragebogen

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

oder Anschrift: _____

Datum und Uhrzeit: _____

Symptomabfrage (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Fieber
- Husten
- Geschmacks-/Geruchsstörung

Hiermit bestätige ich, dass ich

- aktuell keine der oben genannten Symptome aufweise und
- in den letzten 14 Tagen keinen persönlichen Kontakt mit einem positiv getesteten Covid19-Fall hatte.

Datum

Unterschrift Patient
