



**CHECKLISTE – BESUCHER & Dienstleister**  
**Corona – Virus**  
**für Woche vom \_\_.\_\_.2020 bis \_\_.\_\_.2020**

Auf Grundlage §28 Abs. 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in Verbindung mit § 65 Satz 2 Nr. 2 der Zuständigkeitsverordnung (ZustV) erlies das **Bayrische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege** zum 14.02.2020 eine **Allgemeinverfügung** (Az. G51b-G8000-2020/122-56) **zur Einschränkung der Besuchsrechte für Krankenhäuser, Pflege- und Behinderteneinrichtungen.**

Die nachfolgenden Angaben bitten wir Sie wahrheitsgemäß zu beantworten und durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

**Besucher/externe Dienstleister:**

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Ausweis-Nr.: \_\_\_\_\_

Besuchsgrund: \_\_\_\_\_

1. Leiden Sie aktuell unter Akuten Atemproblemen, Husten, Schnupfen, Krankheitsgefühl, Verlust des Geruchssinns, Fieber über 37,9 °C?  JA  NEIN

2. Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten Corona-Infizierten (COVID-19-Fall)?  JA  NEIN  
Hierzu gehören auch Kontakte zu Corona-Infizierten 48 Stunden bevor bei dem Infizierten die ersten Symptome auftraten.

Sollten innerhalb der Woche Symptome nach Punkt 1. auftreten oder ein Kontakt nach Punkt 2. stattgefunden haben ist der Zugang zum Klinikum zu Besuchszwecken untersagt.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Richtigkeit der oben gemachten Angaben sowie die Kenntnisnahme und Einhaltung der Regelungen. Die ausgefüllte Checkliste wird im Klinikum aufbewahrt und nach der Erforderlichkeit vernichtet.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucher

# KOPIE



**Sozialstiftung Bamberg**

Wenn Sie uns brauchen.

## CHECKLISTE – BESUCHER & Dienstleister Corona – Virus für Woche vom \_\_.\_\_.2020 bis \_\_.\_\_.2020

Auf Grundlage §28 Abs. 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in Verbindung mit § 65 Satz 2 Nr. 2 der Zuständigkeitsverordnung (ZustV) erlies das **Bayrische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege** zum 14.02.2020 eine **Allgemeinverfügung** (Az. G51b-G8000-2020/122-56) zur **Einschränkung der Besuchsrechte für Krankenhäuser, Pflege- und Behinderteneinrichtungen.**

Die nachfolgenden Angaben bitten wir Sie wahrheitsgemäß zu beantworten und durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

### Besucher/externe Dienstleister:

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Ausweis-Nr.: \_\_\_\_\_

Besuchsgrund: \_\_\_\_\_

3. Leiden Sie aktuell unter Akuten Atemproblemen, Husten, Schnupfen, Krankheitsgefühl, Verlust des Geruchssinns, Fieber über 37,9 °C?  JA  NEIN

4. Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten Corona-Infizierten (COVID-19-Fall)?  JA  NEIN  
Hierzu gehören auch Kontakte zu Corona-Infizierten 48 Stunden bevor bei dem Infizierten die ersten Symptome auftraten.

Sollten innerhalb der Woche Symptome nach Punkt 1. auftreten oder ein Kontakt nach Punkt 2. stattgefunden haben ist der Zugang zum Klinikum zu Besuchszwecken untersagt.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Richtigkeit der oben gemachten Angaben sowie die Kenntnisnahme und Einhaltung der Regelungen. Die ausgefüllte Checkliste wird im Klinikum aufbewahrt und nach der Erforderlichkeit vernichtet.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucher