



Besuchsregister St. Franziskus-Hospital Münster

Sehr geehrte Besucherinnen und Besucher,

bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Es ist je **Patient*in** insgesamt **ein Besuch pro Tag** von jeweils maximal **einer Stunde** erlaubt.
- **Alle Besucher müssen:**
 - vollständig geimpft (2 Wochen nach der 2. Impfung),
 - genesen (6 Mo. nach Infekt, bzw. > 6 Mo. nach Infekt u. 1x Booster-impfung) sein
 - oder einen negativen Antigen-Schnelltest nicht älter als **24 h** vorweisen.

Ihr Besuch wird mit Ihrem Namen und dem des Patienten/ der Patienten vermerkt.
(Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf der Homepage: www.sfh-muenster.de.)

Begleitperson

Besucher

Körpertemperatur: _____ °C

Patient - Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Station/Fachbereich: _____

Besucher - Name, Vorname: _____

Anschrift: _____ Tel./ Mobil-Nr.: _____

Hygieneunterweisung/ Symptomabfrage

- Das Betreten des Krankenhauses ist ohne Mund-Nasen-Bedeckung **nicht** gestattet.
- Führen Sie vor Betreten des Patientenzimmers eine hygienische Händedesinfektion durch.
- Sollte der Patient sich in einem Isolierzimmer befinden, so informieren Sie sich bitte vor Betreten über die zusätzlich notwendigen Hygienemaßnahmen. Lassen Sie sich bei Unsicherheiten zur Durchführung bitte durch das Personal hierzu anleiten.
- Führen Sie nach dem Verlassen des Patientenzimmers erneut eine hygienische Händedesinfektion durch und verlassen Sie die Station und das Krankenhaus bitte umgehend.

*Ich erkläre hiermit, dass ich **nicht** unter einem der folgenden Symptome leide:*

- *Fieber, Halsschmerzen, Schluckstörung, Husten, Atemnot,*
- *Geschmacks- und/oder Geruchsverlust*
- *allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust*
- *Magen-Darm-Symptome*
- *starkem Schnupfen*

*Ich hatte in den vergangenen 14 Tagen **keinen** Kontakt mit einem SARS-CoV-2-positiven Menschen und bin **nicht** selbst positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden. Anderenfalls ist der Zutritt zum St. Franziskus-Hospital nicht gestattet. Ich habe diese Hygieneunterweisung gelesen und werde mich bei **jedem** Besuch im Krankenhaus entsprechend verhalten.*

Datum, Unterschrift Besucher/-in

Bitte bringen Sie dieses Dokument gerne zum jeweiligen Besuch in ausgedruckter Ausführung mit.
Vielen Dank!