

**Erfassung von Besuchskontakten der Asklepios Kliniken Seesen**

Patientenname: \_\_\_\_\_

**Besucher 1:**     Angehöriger     Bevollmächtigter     Betreuer  
                   Geimpft             Getestet             Genesen  
                  (14Tage nach Zweitimpfung            (nicht länger als 6 Mon.)

Nachweis vom: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geb.-Datum, Tel.-Nr.\_\_\_\_\_  
Adresse

Datum	Station	Uhrzeit Ankunft i.d. Klinik	Uhrzeit Verlassen der Klinik

**Erklärung:**

Ich (Besucher) erkläre seit 14 Tagen frei von Erkältungs-Beschwerden wie Fieber (Temp. >37,5° C), Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot) zu sein und mich in dem gleichen Zeitraum nicht in einem Corona-Risikogebiet aufgehalten zu haben.

Mit einer zeitlich befristeten Dokumentation meiner Angaben (3 Wochen) erkläre ich mich einverstanden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich die Verantwortung für die eigene Gesundheit durch das Betreten der Klinik selbst trage.

Die Hygiene-Regeln der Klinik werde ich einhalten und mich nach den Anweisungen des Personals richten.

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