

Patienteninformation: Hygienerichtlinien

Liebe Patientinnen und Patienten der ambulanten Sprechstunden,

aufgrund der Corona-Pandemie ist der Zutritt zu unserem Krankenhaus nur in eingeschränkter Form möglich.

Unabdingbar ist hierfür die Einhaltung entsprechender 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.
- **Abstandsregelung**
Bitte halten Sie jederzeit einen Abstand von mind. 1,5 m zu allen Patienten, Mitarbeitern und ihren Angehörigen ein.
- **Mund-Nasen-Schutz**
Bitte tragen Sie während des gesamten Aufenthaltes im Krankenhaus einen Mund-Nasen-Schutz. Auch Stoffmasken sind gestattet.
- **Händedesinfektion**
Bitte desinfizieren Sie sich mindestens beim Betreten und Verlassen des Krankenhauses die Hände. Desinfektionsmittelspender 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 Patienten. Den Fragebogen finden Sie im Anhang.
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.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe!

Rechtsgrundlagen:

Corona-Bekämpfungsverordnung Rheinland-Pfalz in ihrer jeweils aktuellen Version in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 lit. C. DSGVO und § 22 Abs. 1 (1) lit c BDSG.

Patientenname:

Geburtsdatum:

Grund des Kommens:

Telefonnummer:

Wurden Sie bereits abgestrichen/getestet oder ist eine Testung geplant?

Nein Ja, **Befund Corona-positiv?** Ja Nein liegt noch nicht vor

Symptomabfrage

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Geschmacks-/ Geruchsstörung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Fieber ($\geq 38^\circ$) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Husten | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Schnupfen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Atemnot/Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Kopf- und Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Allgemeine Schwäche | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Durchfall | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Epidemiologische Kriterien:

Kontakt mit einer nachgewiesenen an COVID-19 erkrankten Person innerhalb 14 Tage vor Erkrankungsbeginn? (von Angesicht zu Angesicht und <2m Abstand; gleicher Raum für 15 Min, direkter physischer Kontakt wie Händeschütteln, Küssen etc.; gemeinsames Wohnen?)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Enger Kontakt mit Personen bei denen die Kriterien aus Punkt 1 bestehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Hiermit bestätige ich, dass ich aktuell keine der o.a. Symptome aufweise und in den letzten 14 Tagen keinen persönlichen Kontakt mit einem positiv getesteten COVID19 Fall hatte.

Datum:

.....
Unterschrift Patient

Uhrzeit: