

Hasta notu veya ziyaret edilen ünite/bölüm

Sayın Ziyaretçi,

Kliniğimizde tedavisi yapılan hastalar, özel bakıma ihtiyacı olan hasta grubuna girmektedir. Bu nedenle kurumumuzda ziyaretçilerin uyması gereken özel düzenlemeler geçerlidir. Bu nedenle, SARS-CoV-2 ile ilgili bu ziyaretçi öz değerlendirme ve beyannameyi ziyaret etmeden önce doğru bir şekilde doldurmanız gerekir.

1. Son 4 hafta içinde koronavirüs ile enfekte olduğunuz mu veya aksi kanıtlanmamış bir enfeksiyon şüphesi var mıydı? Evet Hayır
2. Son 14 gün içinde, son 4 hafta içinde korona ile enfekte olan veya aksi kanıtlanmamış bir enfeksiyon şüphesi olan bir kişiyle temasınız oldu mu? Evet Hayır
3. (Yeni ortaya çıkan) tat veya koku bozukluğunuz var mı? Evet Hayır
4. Solunum yollarınızla ilgili (yeni meydana gelen) bir rahatsızlığınız var mı, özellikle kuru öksürük şeklinde Evet Hayır
5. Mevcut vücut sıcaklığı: _____ °C

Bu sorulardan herhangi birine **EVET** cevabını verdiğiniz takdirde veya vücut ısınız yüksek ise, mevcut yasal duruma göre **ziyarete izin verilmez**.

Baden Württemberg eyaletinin mevcut korona düzenlemelerine göre, ziyaret edilen kişinin genellikle **günde sadece bir ziyaretçiyi** kabul etmesine izin verildiğini ve bir ziyaretçi olarak **aşağıdakilerden yükümlü olduğumu beyan ederim**:

- bir antijen testinde 48 saatten eski olmayan ve bir PCR testinde 72 saatten eski olmayan **negatif bir korona testi** gösterebilmem gerekir, veya tam aşılama veya iyileşme kanıtı
- Kurum ziyareti boyunca bir **FFP2 maskesi** takmam gerekmektedir,
- mümkün olduğunda her zaman diğer insanlara karşı **en az 1,5 metre mesafeyi korumalıyım**,
- hastaneye girerken **ellerimi** girişte sağlanan dezenfektan ile **dezenfekte etmeliyim**,
- ziyaretimin başında, gerekli bir temas takibinin için, **iletişim bilgilerimi** ve ziyaret saatimi belirtmem gerekmektedir.

Ayrıca, hastanenin ihlaller için bir ziyaret yasağı getirebileceğini ve FFP2 maskesi olmadan girişin para cezası ile cezalandırılacak idari bir suç olduğunu da kabul ediyorum.

Tarih

İmza

Ziyaretçi kaydı*

Ziyaret edilen kişi

Ziyaret edilen hasta:
(Adı ve Soyadı)

Bölüm:

Ziyaretçi bilgileri

Ziyaretçinin
Adı, Soyadı

Ziyaretçinin
Adresi VEYA telefon numarası

Ziyaret zamanı

Ziyaret ettiği tarihi:

Ziyaret süresi (başlangıç ve bitiş):

saat _____ ile _____ arası

* Verileriniz, Sağlık Müdürlüğüne bilgi vermek amacıyla veya Enfeksiyondan Koruma Yasası Madde 16, Paragraf 25'e göre yerel polis departmanında saklanır. Toplanan veriler dört hafta sonrasilinir.