

## Meldeformular für sonstige Besucher (Begleitpersonen, Teilnehmer an Besprechungen, Veranstaltungen und sonstigen Terminen)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Gesundheitsschutz unserer Patienten, Besucher und Mitarbeiter liegt uns besonders am Herzen, gerade in der derzeitigen Situation der Coronavirus-Pandemie. Daher informieren wir Sie nachfolgend über wichtige Regelungen für Ihren Besuch im UKR.

Lesen Sie sich dieses Informationsblatt bitte sorgfältig durch und dokumentieren Sie Ihr Einverständnis durch Ihre persönliche Unterschrift auf der Rückseite.

### Grundsätzliches

Es werden nur Besucher im UKR zugelassen, die keine Krankheitszeichen eines respiratorischen Infektes (z.B. Husten, Schnupfen etc.) mit Fieber aufweisen und die in den zwei Wochen vor dem Besuch keinen ungeschützten Kontakt zu einer Person mit SARS-CoV-2-Infektion hatten.

### Hinweise für Begleitpersonen

- Begleitpersonen sind in **Ausnahmefällen** zulässig, wenn der Patient zum ambulanten oder stationären Termin dringend auf unterstützende Begleitung angewiesen ist.
- **Pro Patient** ist nur **eine Begleitperson** erlaubt.

### Hygieneregeln des UKR

Bitte halten Sie die nachfolgend aufgeführten Hygieneregeln während Ihres gesamten Aufenthalts im UKR konsequent ein:

- Tragen Sie während der gesamten Dauer des Besuchs einen medizinischen Mund-Nase-Schutz oder eine FFP2-Maske (ohne Ventil).
- Desinfizieren Sie sich beim Betreten des UKR die Hände.
- Halten Sie nach Möglichkeit 1,50 m Abstand zu anderen Personen.

### Informationen zum aktuellen Gesundheitszustand

Bitte geben Sie uns Auskunft zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand, indem Sie die nachfolgenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantworten:

	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Anzeichen einer Atemwegserkrankung oder eines fieberhaften Infektes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen ungeschützten Kontakt zu einer mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) infizierten und/oder an diesem Virus erkrankten Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Angabe personenbezogener Daten

Um im Bedarfsfall Infektionsketten nachvollziehen zu können, bitten wir Sie um Angaben zu Ihrer Erreichbarkeit:

<b>Besucher/Begleitperson</b>	Nachname	Vorname
<b>Grund Ihres Besuchs</b>		
<b>Datum und Uhrzeit Ihres Besuches</b>		
<b>Ihre Adresse</b>	Straße, Haus-Nr.	PLZ, Wohnort
<b>Ihre Erreichbarkeit</b>	Tel.-Nr.	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

## Einverständniserklärung

Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Erhebung und Speicherung der oben abgefragten persönlichen Daten durch das Universitätsklinikum Regensburg einverstanden. <sup>1)</sup>

Darüber hinaus bestätige ich mit meiner Unterschrift, die o.g. Vorgaben und Hygienevorschriften zur Kenntnis genommen zu haben und diese während des gesamten Besuchs konsequent einzuhalten. <sup>2)</sup>

\_\_\_\_\_  
*Name (in Druckbuchstaben)*

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*

**Zusatzklärung bei Minderjährigen:** Als gesetzlicher Vertreter erkläre(n) ich (wir) hiermit mein (unser) Einverständnis mit allen Punkten der vorstehenden Erklärung.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift gesetzlicher  
Vertreter\**

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift gesetzlicher  
Vertreter\**

\* Unterschreibt ein gesetzlicher Vertreter allein, erklärt er mit der Unterschrift zugleich, über das alleinige Sorgerecht zu verfügen oder im Einverständnis des anderen Erziehungsberechtigten zu handeln.

<sup>1)</sup> Ihre Einwilligung ist Voraussetzung dafür, dass Sie in unserem Hause zum Besuch zugelassen werden können. Die Archivierungsfrist dieses Dokuments beträgt 30 Tage. Die Datenschutzbestimmungen des UKR sind im Foyer, Bauteil A sowie auf unserer Internetseite [www.ukr.de](http://www.ukr.de) einsehbar.

<sup>2)</sup> Bei Nicht-Beachtung der Vorgaben behält sich das UKR vor, ein Hausverbot auszusprechen.

**Bitte geben Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular bei der für den Besuch verantwortlichen Person ab.**

**Begleitpersonen geben das Formular bitte bei der für die Patientenbehandlung zuständigen Leitstelle oder Station ab.**

**Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe!**