

## 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 (z.Zt. Einlass nur mit FFP2-Maske!!)**  
Bitte tragen Sie während des gesamten Aufenthaltes im Krankenhaus eine FFP2-Maske. **Vermeiden Sie während des Aufenthaltes alle Situationen, die dazu beitragen, dass die FFP2-Maske abgenommen werden muss (z.B. Essen und Trinken, Telefonate mit dem Mobiltelefon).**
- **Händedesinfektion**  
Bitte desinfizieren Sie sich mindestens beim Betreten und Verlassen des Krankenhauses die Hände. Desinfektionsmittelpender 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 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:**

**Datum und Uhrzeit:**

**Geburtsdatum:**

**Telefonnummer:**

**Grund des Kommens:**

**Symptomabfrage** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Fieber
- Husten
- Geschmacks-/ Geruchsstörung
- Halsschmerzen
- Schnupfen

**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**
- **die Hygienerichtlinien erhalten habe.**

**Datum:**

.....  
Unterschrift Patient

---

*Wird vom Krankenhaus ausgefüllt:*

**Temperatur im Ohr gemessen (°C):**

Es hat vorgelegen:

- negatives Schnelltestergebnis, nicht älter als 24 Stunden
- vollständige Covid-19-Impfung; Nachweis durch Impfbuch/Impfausweis (vollständige Impfung besteht 14 Tage nach der 2. Impfung)
- Nachweis als genesene Person