

Besucherinformation: Hygienerichtlinien

Liebe Besucherinnen und Besucher,

aufgrund der Corona-Pandemie sind Besuche im DRK Krankenhaus Altenkirchen-Hachenburg nur in eingeschränkter Form möglich.

Unabdingbar ist hierfür die Einhaltung entsprechender Hygieneregeln:

- **Bitte bleiben Sie zu Hause , wenn Sie krank sind**
Sollten Sie Fieber, Husten oder andere akute Infektionssymptome haben, müssen Sie leider auf einen Besuch verzichten.
- **Wegeführung**
Bitte nutzen Sie den direkten Weg zum Patientenzimmer 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.
- **Händedesinfektion**
Bitte desinfizieren Sie sich mindestens beim Betreten und Verlassen des Krankenhauses die Hände. Desinfektionsmittelspender finden Sie ausreichend in allen Krankenhausbereichen.
- **Welche Besucher sind erlaubt?**
Mögliche Besucher sind nach der aktuellen Corona-Bekämpfungsverordnung Rheinland-Pfalz: Ein Elternteil von Minderjährigen, Ehepartner oder Lebenspartner, rechtliche Betreuerinnen und Betreuer.
- **Besuchszeiten**
Besuche sind täglich von 16:00 – 18:00 Uhr für eine Stunde möglich. Der Patient legt bei Aufnahme eine Bezugsperson fest, für welche die Besuchserlaubnis während des Krankenhausaufenthaltes gilt.
- **Besucherschein**
Jeder Besucher muss einen Besucherschein ausfüllen. Dieser wird für 4 Wochen aufbewahrt und anschließend vernichtet. Er dient lediglich der Nachverfolgung von Kontaktpersonen bei auftretenden Infektionsketten. Den Bogen finden Sie im Anhang. Bitte bringen Sie ihn schon ausgefüllt mit. Die Besucherregistrierung erfolgt im Foyer des Haupteingangs.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe!

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.**

Datum:

.....
Unterschrift Patient

Temperatur im Ohr gemessen (°C):

Wird vom Krankenhaus ausgefüllt