

**Registrierung für Besucherinnen und Besucher**

Für Ihren Besuch im Zentrum für Psychiatrie (ZfP) - Klinikum Schloß Winnenden ist es nach der „Corona-Verordnung Besuchsregelungen“ des Landes Baden-Württemberg vom 14.05.2020 erforderlich, dass Sie dieses Formular ausfüllen und unseren Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern unterzeichnet zurückgeben.

**Diese Registrierung gilt für alle Standorte:**

Hauptstandort: <b>Zentrum für Psychiatrie Winnenden</b> <b>Klinikum Schloß Winnenden</b> Schloßstraße 50 71364 Winnenden	Außenstelle im: <b>Haus der Gesundheit</b> <b>Schwäbisch Gmünd</b> Weißensteiner Straße 33 73525 Schwäbisch Gmünd	Außenstelle in der: <b>St. Anna-Virngrund-Klinik</b> <b>Ellwangen</b> Dalkinger Straße 8-12 73479 Ellwangen
--	---	---

Über die Daten darf ausschließlich nach dem IfSG dem Gesundheitsamt oder der Ortspolizeibehörde Auskunft gegeben werden. Die Daten werden vom Klinikum Schloß Winnenden vier Wochen nach Erhebung gelöscht.

**Angaben zur Besucherin/zum Besucher:**

Herr/Frau

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

*oder*

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

**Patientin/Patient:**

Herr/Frau

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Klinik/Station: \_\_\_\_\_

**Besuchszeitraum:**

Datum:

Uhrzeit:

\_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Ein Unternehmen der ZfP-Gruppe Baden-Württemberg**

Zentrum für Psychiatrie  
Winnenden  
Postfach 3 01  
71361 Winnenden

Tel. 07195 900-0  
Fax 07195 900-10000  
info@zfp-winnenden.de  
www.zfp-winnenden.de

Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts  
Geschäftsführerin  
Anett Rose-Losert  
IKZ 260.810.761

BW-Bank Stuttgart  
BLZ 600 501 01 Kto-Nr. 8 284 000  
IBAN: DE89 6005 0101 0008 2840 00  
BIC: SOLADEST

zertifiziert nach



## Besucherselbstauskunft zu SARS-CoV-2 und Verpflichtungserklärung

1. Waren Sie in den letzten vier Wochen vor dem heutigen Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert? Oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Besuch Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen vor dem Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert war, oder bei der in dem Zeitraum ein nicht widerlegter Verdacht auf eine solche Infektion bestanden hat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (>37,5° Celsius)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- oder Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Sofern eine dieser Fragen mit JA zu beantworten ist, ist **ein Besuch untersagt**.

Als Besucherin/Besucher **verpflichte ich mich**,

- mich ausschließlich zu Besuchszwecken bei benannter Patientin/beim benannten Patienten im Patientenzimmer oder in einem ausgewiesenen Besucherbereich aufzuhalten.
- während des gesamten Besuchs einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen, einen Mindestabstand von 1,5 Metern zu wahren und die Regeln der Händedesinfektion einzuhalten.
- und **nehme zur Kenntnis**, dass ein - auch fahrlässiges - Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

Besuch gestattet:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucherin/Besucher

\_\_\_\_\_  
Besuch gestattet, Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter