

**Registrierung für Besucher\*innen**

Für Ihren Besuch im Zentrum für Psychiatrie (ZfP) - Klinikum Schloß Winnenden ist es nach der „Corona-Verordnung für Krankenhäuser“ des Landes Baden-Württemberg in der jeweils gültigen Fassung erforderlich, dass Sie dieses Formular ausfüllen und unseren Mitarbeiter\*innen 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 Besucher\*in:**

Herr/Frau

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

Adresse:

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

*oder*

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

**Patient\*in:**

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 Impfung und Genesung

Bei allen Personen ab sechs Jahren: Besuche sind nach **vorheriger Anmeldung** über die jeweilige Station mit Vorlage einer **vollständigen Impfung** oder durch einen **Genesenennachweis** sowie einem **zusätzlichen negativen Antigen-Schnelltest** möglich. Pro Patient\*in, pro Tag, eine Stunde, ein\*e Besucher\*in.

1. Vollständige Impfung gegen SARS-CoV-2 (Impfung mind. 14 Tage zurückliegend)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Vollständig von SARS-CoV-2 genesen (mind. 28 Tage zurückliegend und nicht länger als ein ½ Jahr)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Vollständig von SARS-CoV-2 genesen und 1x geimpft (Impfung mind. 14 Tage zurückliegend)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Negativer Corona-Schnelltest (Test max. 24h alt) Negativer PCR-Test (Test max. 48h alt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## Besucherselbstauskunft zu Symptomen einer SARS-CoV-2 Infektion und Verpflichtungserklärung

5. Waren Sie in den letzten 28 Tagen 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
6. Hatten Sie in den letzten 7 Tagen vor dem heutigen Besuch Kontakt zu einer Person, die in den letzten 14 Tage 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
7. Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (>37,5° Celsius)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Haben Sie neu aufgetretene Geruchs- oder Geschmacksstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege wie z.B. Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Atemnot, Kopf- oder Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Sollte einer der oben beschriebenen Symptome zutreffen, ist ein Besuch nicht möglich.

Als Besucher\*in **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 eine mitgebrachte FFP2-Maske 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 Besucher\*in

\_\_\_\_\_  
Besuch gestattet, Unterschrift Mitarbeiter\*in