

Medizinische Informationen vor Anreise	Medizin	Ostseeklinik Boltenhagen Ostseeallee 106-108 23946 Ostseebad Boltenhagen	 Ostseeklinik Boltenhagen
---	----------------	--	--

Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Kinder,

aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie-Situation möchten wir unsere Patientinnen und Patienten und auch unsere Mitarbeiter bestmöglich schützen. Daher bitten wir Sie, uns dabei zu unterstützen und die folgenden Hinweise zu beachten.

Wir bitten Sie, möglichst im eigenen PKW anzureisen und weisen Sie darauf hin, dass Sie nur dann anreisen dürfen, wenn Sie infektfrei und ohne Fieber sind und **ALLE ANREISENDE** ein maximal 2 Tage altes negatives Corona-PCR-Testergebnis nachweisen. **Dies gilt auch für Geimpfte und Genesene.** In der Woche nach Anreise und der Folgeweche, erfolgt für ALLE ein PoC-Antigen-Schnelltest vor Ort. Aus dem Ausland dürfen Sie nicht anreisen, ein Aufenthalt im Ausland muss vor Anreise 14 Tage zurück liegen. In unserer Klinik besteht Maskenpflicht für Sie und Ihr(e) Kind(er) ab 6 Jahren. Diese gilt auch in den Gruppenräumen der Kinderbetreuung. Bitte bringen Sie ausreichend Mund-Nasen-Masken bei Anreise mit.

Im Rahmen Ihres Aufenthaltes in unserer Klinik müssen Sie und Ihr(e) Kind(er) sich an die jeweils aktuellen Hygiene- und Abstandsregeln halten.

Unabhängig von der Corona-Situation müssen Sie gemäß des Infektionsschutzgesetzes ohne Einschränkungen für den Besuch in einer Gemeinschaftseinrichtung zugelassen sein (<https://bundesgesundheitsministerium.de>), d.h. ohne ansteckende Krankheit anreisen und gemäß der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) geimpft sein.

Bitte lassen Sie sich dies von Ihrem Hausarzt und/oder Kinderarzt bestätigen (s.u.).

Den folgenden COVID-19-Fragebogen füllen Sie bitte persönlich aus und bringen ihn unterschrieben mit.

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

		ja	nein
1.	Hatten Sie oder Ihr(e) Kind(er) bereits eine COVID-19-Infektion? Wenn ja: wer: _____ Wann: _____		
2.	Sind Sie vollständig geimpft? Wenn ja: Wann ist die 2.Impfung erfolgt: _____		
3.	Sind Sie geboostert? Wenn ja: Wann _____		
4.	Sind Sie genesen? (= pos. PCR-Test + 1 Impfung 6 Monate nach pos. PCR-Test)		
5.	Werden Sie in den letzten 14 Tagen vor Anreise im Ausland / Risikogebiet gewesen sein?		

Bei Fragen nehmen Sie gern Kontakt mit dem medizinischen Bereich auf.

Datum: _____ **Unterschrift Patient(in)** _____

Datum: _____ **Unterschrift/Stempel Haus-/ Kinderarzt** _____