

## Besucherselbstauskunft zu SARS-CoV-2 und Verpflichtungserklärung

Besucherin/Besucher

Patient  
für Notfallpraxis

Patient für Termin/  
ambulanter Patient

Begleitperson

Begleitperson für  
Notfallpraxis

Begleitperson für  
Termin

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

- |   | Ja  | Nein                     |
|---|---|--------------------------|
| 1. Waren Sie <b>in den letzten vier Wochen</b> vor dem heutigen Besuch <b>mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) infiziert</b> ? Oder bestand ein <b>nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion</b> ?   | <input style="border: 2px solid red;" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hatten Sie <b>in den letzten 14 Tagen</b> vor dem heutigen Besuch <b>Kontakt</b> 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 style="border: 2px solid red;" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie <b>erhöhte Temperatur bzw. Fieber</b> (>37,5° Celsius)?  | <input style="border: 2px solid red;" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie <b>neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen</b> ?  | <input style="border: 2px solid red;" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie <b>neu auftretende Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot); Kopf- oder Gliederschmerzen</b> ?   | <input style="border: 2px solid red;" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Ich verpflichte mich,

- mich ausschließlich zu o.g. Zwecken bei benannter Patientin/beim benannten Patienten **im Patientenzimmer/ in einem ausgewiesenen Besucher-, Warte-oder Untersuchungsbereich 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
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ein – auch fahrlässiges – **Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit** darstellen kann

Unterschrift Besucherin/Besucher

Besuch gestattet, Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter

Patient/in (Vor- und Nachname):

Geburtsdatum:

Station:

Besuchsdatum:

Besuchszeit (Beginn und Ende):

Uhr bis

Uhr