

SELBSTAUSKUNFT ZU SARS-CoV-2 UND VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG

(Stand 13.10.2020)

- PATIENT/IN mit Termin oder in Ambulanz für Notfallpraxis
BEGLEITPERSON in Termin / Ambulanz in Notfallpraxis
BESUCHER/IN auf Station: _____

Ich besuche / begleite Patient/in: _____ Geburtsdatum: _____

LIEFERANT / DIENSTLEISTER der Firma: _____
Einsatzorte im Krankenhaus: _____

Name und Vorname: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____
Datum: _____ Uhrzeit: von _____ bis _____ Uhr

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

Sofern eine der Fragen 1 bis 5 mit JA zu beantworten ist, ist ein Besuch leider 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

zur Kenntnis genommen durch Mitarbeiterin/Mitarbeiter

Ihre Daten werden zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Ortspolizeibehörde nach §§ 16, 25 IfSG gespeichert. Die Daten werden nach vier Wochen gelöscht.

