

Besucher-Selbstauskunft zu COVID-19 und Verpflichtungserklärung

Sie haben sich für einen Patientenbesuch in unserer Klinik angemeldet. Um die Sicherheit unserer Patienten und Mitarbeiter zu gewährleisten, bitten wir Sie, uns folgende Fragen **am Besuchstag** zu beantworten.

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- und Geruchsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Waren Sie selbst in den letzten vier Wochen mit dem Corona-Virus (SARS-CoV-2) infiziert?
(bei einer Infektion vor mehr als 4 Wochen ist ein negatives Testergebnis vorzulegen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen mit dem Corona-Virus (SARS-CoV-2) infiziert war? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (> 37,5 ° Celsius) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- und Gliederschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sofern eine dieser Fragen mit JA zu beantworten ist, ist **ein Besuch leider nicht möglich**.

Hinweis: In besonderen Ausnahmefällen, können nach Absprache mit dem behandelnden Arzt ggf. individuelle Lösungen gefunden werden unter denen ein dringender Besuch – unter Beachtung weiterer Schutzmaßnahmen – stattfinden kann.

Als 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-Nasenschutz 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.

Bitte geben Sie nun noch umseitig Ihre Personalangaben an und nennen Sie den Patienten, den Sie besuchen wollen.

Datum

Unterschrift Besucherin/Besucher

Besten Dank.

Daten werden nach vier Wochen gelöscht.

Besucherregister

Besucher/Besucherin

Angabe	Besucherin/Besucher
Name	
Vorname	
Anschrift oder Telefonnummer	

Wer wird besucht?

Angabe	Patient/Patientin
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Station/Bereich oder Zimmernummer	

Besuchsdatum: _____

Besuchszeit (Beginn und Ende): _____ Uhr bis _____ Uhr

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