

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 zu beantworten.

	Ja	Nein
1. Hatten Sie innerhalb der letzten 48 Stunden neu aufgetretene Geschmacks- und Geruchsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Befinden Sie sich in Quarantäne?	<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. Hatten Sie innerhalb der letzten 48 Stunden 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),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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. Dies gilt bspw. in der Sterbebegleitung.

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. Die Daten werden nach vier Wochen gelöscht.

Datum Unterschrift Besucherin/Besucher

Wen besuche ich:

Angabe	Patient/Patientin
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Zimmernummer	
Besuchsbeginn	
Besuchsende	

Meine Temperatur:

Meine Kontaktdaten:

Angabe	Besucherin/Besucher
Name	
Vorname	
Anschrift oder Telefonnummer	