



Besucherselbstauskunft zu SARS-CoV-2 und Verpflichtungserklärung

Besucherin/ Besucher (Name, Vorname): _____

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Waren Sie in den letzten vier Wochen vor dem heutigen Besuch mit 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 aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- oder Gliederschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem vom Robert-Koch-Institut (RKI) ausgewiesenen Risikogebiet aufgehalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sofern eine Frage mit **JA** zu beantworten ist, ist **ein Besuch untersagt**.

Als Besucherin/Besucher **verpflichte ich mich**,

- mich ausschließlich zu Besuchszwecken bei benannter Patientin/bei benanntem Patienten im Patientenzimmer oder in einem ausgewiesenen Besucherbereich 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
- und nehme zur Kenntnis, dass ein – auch fahrlässiges – Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

Unterschrift Besucherin/Besucher



Besuch gestattet, Name & Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter

Patient/in: _____ Geburtsdatum: _____
(Vor- und Nachname)

Station: _____ Besuchsdatum: _____

Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.

Archivierung im roten Ordner

Version: R.0002.07.08.20

Dokumentenname: Besucherselbstauskunft zu SARS-CoV-2 und Verpflichtungserklärung