

Besucherselbstauskunft zu SARS-CoV-2 und Verpflichtungserklärung

Besucherin/ Besucher:

Name: _____

Vorname: _____

	Ja	Nein
1) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine SARS-Covid2 (Coronainfektion) oder bestand der Verdacht auf eine solche Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen direkten Kontakt zu jemanden der in den letzten 4 Wochen an SARS-Covid-2 erkrankt war?	<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"/>

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

Als Besucherin/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-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, Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter

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

Station: _____ Besuchsdatum: _____

Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht