

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"/> |

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.

Besucherregistrierung

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

Station _____

Besuchsdatum: _____

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

Angaben zur Besucherin/zum Besucher:

Angabe	Besucherin/Besucher
Name	
Vorname	
Anschrift ODER Telefonnummer	

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.