

# BESUCHERSELBSTAUSKUNFT ZU SARS-COV-2 UND VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG - 08/21



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.

## Angaben der Besucherin / des Besuchers

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (soweit vorhanden): \_\_\_\_\_

## Besuchszeit

Besuchsdatum: \_\_\_\_\_

Besuchszeitraum: \_\_\_\_\_ Uhr bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_ Uhr

## Nachweis „3G-Status“

**Ein gültiger Nachweis muss bei der Registrierung am Klinikeingang vorgelegt werden!**

- Geimpft** vollständige Impfung gegen das Corona-Virus
- Genesen** nach einer PCR-bestätigten Corona-Infektion genesen (max. 6 Monate)
- Getestet** ein negativer Antigen-Schnelltest darf max. 24 h, ein negativer PCR-Test darf max. 48 h alt sein.

## Checkliste zu Ihrer Gesundheit:

	Ja	Nein
- Waren Sie selbst innerhalb der letzten 14 Tagen an COVID-19 erkrankt? oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haben Sie grippeähnliche Symptome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Erhöhte Temperatur (>37,5°)		
- Geschmacks- oder Geruchsstörung		
- Beschwerden der Atemwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Atemnot), Kopf oder Gliederschmerzen		

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 Besuchsbereich aufzuhalten, während des gesamten Besuchs **eine FFP-2 Maske** bzw. einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz zu tragen, **einen Mindestabstand von 1,5 Metern** zu wahren und die Regeln der **Händedesinfektion** einzuhalten. Ich nehme zur Kenntnis, dass ein, auch fahrlässiges Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucherin/Besucher

\_\_\_\_\_  
Besuch gestattet, Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter

Patient/in: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)