

Patienten- und Besucherauskunft zu SARS-CoV-2 und Verpflichtungserklärung

BesucherIn:

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 (> 38 °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 **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.
- zu Beginn meines Besuches meine **Kontaktdaten** und die Besuchszeit für den Fall einer erforderlichen Kontaktnachverfolgung anzugeben.
- und **nehme zur Kenntnis**, dass ein -auch fahrlässiges- Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

Unterschrift BesucherIn

Besuch gestattet: Unterschrift MitarbeiterIn

PatientIn: _____

Besuchsdatum: _____

Station: _____

Bereich/Abteilung: _____

Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.