



Besucherselbstauskunft zu SARS-CoV-2 und Verpflichtungserklärung

Besucher/in:

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 Besucher/in **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 eine Mund-Nasen-Bedeckung 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 Besucher/in

Besuch
gestattet

Unterschrift Mitarbeiter/in

Patient/in:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Station

Die erfassten Daten
werden nach vier Wochen gelöscht.

Besuchsdatum