

Selbstauskunft zu COVID-19 und Verpflichtungserklärung

BESUCHER:IN / BEGLEITPERSON

Name _____

Vorname _____

Anschrift oder _____
Telefonnummer _____

PATIENT:IN

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Station _____

ZEITRAUM

Datum: _____

HABEN SIE EINES DER FOLGENDEN SYMPTOME?

- erhöhte Temperatur bzw. Fieber (>37,5° Celsius)
- Geschmacks- oder Geruchsstörungen
- neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- oder Gliederschmerzen?

Sofern Sie eines dieser Symptome haben,
ist ein Besuch untersagt.

ICH ERFÜLLE EINE DER FOLGENDEN BESUCHSVORRAUSSETZUNGEN

BITTE ANKREUZEN

- Negatives Testergebnis** (maximal 24 Stunden alt)
- Vollständiger Impfschutz** (mindestens 14 Tage nach Verabreichung der vom Paul-Ehrlich-Institut veröffentlichten Zahl der erforderlichen Impfstoffdosen)
- Genesen** (Nachweis einer durchgemachten Infektion mittels PCR-Test, der maximal sechs Monate und mindestens 28 Tage zurückliegt)

Für den Besuch ist ein Nachweis über den vollen Impfschutz, über die Genesung oder ein negatives Testergebnis erforderlich.

ALLGEMEINE HINWEISE FÜR BESUCHER:INNEN, BEGLEITPERSONEN UND EXTERNE DIENSTLEISTER

- Besuche nur von 15:00 bis 19:00 Uhr (letzter Einlass um 18:00 Uhr)
- Zugang nur über den Haupteingang
- Pro Tag nur ein Besucher pro Patient
- Pro Patientenzimmer immer nur ein Besucher
- Auf den Isolier- und Verdachtsstationen (D1, SB & ITS) sind keine Besuche zugelassen

ALS BESUCHER:IN/BEGLEITPERSON VERPFLICHTE ICH MICH

- eine FFP2-Maske zu tragen
- das Patientenzimmer nur zu betreten, wenn sich darin kein anderer Besucher befindet

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, die genannten Regelungen einzuhalten.

Datum _____ Unterschrift _____

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.