

-----  
Nachname, Vorname des Patienten<sup>1</sup>

-----  
Geburtsdatum des Patienten

-----  
Anschrift des Patienten

-----  
Fallnummer

-----  
Nachname, Vorname und Anschrift des/r elterlichen Sorgeberechtigten/ des gesetzlichen Vertreters bei minderjährigen oder sonst gesetzlich vertretenen Patienten

### Information zur Pandemielage CoViD-19/Einwilligung:

Die stationäre Aufnahme erfolgt bei medizinischer Indikation zur stationären Behandlung. Gleichwertige ambulante Maßnahmen stehen nicht zur Verfügung. Im Rahmen der stationären Aufnahme führen wir zur Ihrer Sicherheit einen Coronatest durch. Sofern Sie in der Vergangenheit an CoViD-19 erkrankt waren, führen wir neben dem Coronatest auch einen Antikörpertest durch.

### Wir möchten im Rahmen der beabsichtigten Krankenhausbehandlung über das Coronavirus (SARS-CoV-2 Infektion bzw. CoViD-19 Infektion) informieren:

Unter Berücksichtigung der Vorgaben des Robert Koch Instituts kann auch medizinisches Personal eingesetzt werden, das zu einer der vom Robert Koch Institut aufgestellten Kategorien als Kontaktperson zählt.

Auch bei Wahrung der Hygieneregeln durch die Klinik, **kann trotz aller vorsorglichen Maßnahmen** nicht ausgeschlossen werden, dass der Patient während des Aufenthaltes in der Klinik Kontakt zu SARS-CoV-2 infizierten Patienten oder unerkannt SARS-CoV-2 infiziertem Personal oder Patienten haben kann.

Dies liegt insbesondere auch daran, dass CoViD-19 Krankheitsverläufe stark variieren. Eine Infektion kann daher auch ohne Krankheitszeichen ablaufen und zunächst nicht erkannt werden.

Wie im sonstigen öffentlichen Raum (z.B. im Supermarkt), besteht daher auch in der Klinik das Risiko für das Erleiden einer SARS-CoV-2 Infektion.

Eine SARS-CoV-2 Infektion kann dabei zu weitreichenden gesundheitlichen Folgen führen. Dazu zählen auch Krankheitsverläufe mit Lungenentzündung bis hin zum Lungenversagen und Tod. Insbesondere bei Patienten mit Vorerkrankungen und älteren Patienten steigt das Risiko für einen derartigen Verlauf der Erkrankung.

Über die Bedeutung von Begriffen wie „Tröpfcheninfektion“, „Inkubationszeit“, „Risikogruppen“ wurde informiert.

Auch beim Vorliegen eines negativen Coronatests bitten wir Sie um Einhaltung der Abstands- und Hygieneregeln.

<sup>1</sup> Die Verwendung der männlichen Form des Wortes schließt sowohl die männlichen als auch die weiblichen Zugehörigen dieser Gruppe mit ein.

## Hygieneregeln

Bitte beachten Sie folgende Hygieneregeln, um ein Infektionsrisiko zu verringern:

- Befolgen Sie die Vorgaben und Empfehlungen des Krankenhauses.
- Halten Sie mindestens 2 Meter Abstand von anderen Menschen.
- Tragen Sie außerhalb Ihres Zimmers den Mund-Nasen-Schutz
- Halten Sie eine gute Händehygiene und die Husten- und Niesregeln ein.
- Verzichten Sie auf das Händeschütteln.
- Fassen Sie sich möglichst wenig ins Gesicht, um etwaige Krankheitserreger nicht über die Schleimhäute von Augen, Nase oder Mund aufzunehmen.

## Meldung bei Krankheitszeichen

Bitte melden Sie sich umgehend zur Sicherstellung einer bestmöglichen Behandlung, wenn bei Ihnen Krankheitszeichen auftreten, die auf eine SARS-CoV-2 Infektion hindeuten können. Solche Zeichen sind insbesondere:

- Husten, Fieber, Atemnot, Muskel- und Gelenkschmerzen, Halsschmerzen und Kopfschmerzen, Durchfall, Riechstörungen.

## Screeningbogen

Der Screeningbogen wurde ausgefüllt und mit dem Patienten besprochen.

### Einwilligung

Die Informationen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Gespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist. Ich willige in die Aufnahme ein.

-----  
Ort, Datum

Patient/Patientin

(Sorgeberechtigte/r/ gesetzlicher Vertrete(r))

Aufklärende/r Mitarbeiter/in

### Ablehnung

Ich willige in die Aufnahme nicht ein. Ich wurde nachdrücklich darüber aufgeklärt, dass je nach vorliegender Erkrankung ohne Behandlung die Heilung erheblich erschwert oder sogar unmöglich werden kann.

-----  
Ort, Datum

Patient/Patientin

(Sorgeberechtigte/r/ gesetzlicher Vertrete(r))

Arzt/Ärztin