



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 einen Mund-Nasen-Schutz 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

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Station

Besuchsdatum

Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.



Besucherregistrierung

Patient*in

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Station:

Besuchsdatum:

Besuchszeit (Beginn und voraussichtliches Ende): _____ Uhr bis _____ Uhr

Angaben zur/zum Besucher*in

Name	
Vorname	
Anschrift ODER Telefonnummer	