

SELBSTAUSKUNFT

Im Rahmen des aktuellen Ausbruchsgeschehens mit dem Corona-Virus (Covid19) muss für Sie die Abgabe der nachfolgenden Selbstauskunft erfolgen. Sie sind verpflichtet, vor Ihrem Aufenthalt in unserer Klinik alle untenstehenden Angaben und Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon / Email: _____

Wen möchten Sie besuchen? _____

1. Haben Sie **Erkältungszeichen?**
(Fieber, Husten, Atembeschwerden, Abgeschlagenheit, Verlust Geruchs- und Geschmackssinn) Ja Nein
2. Sind Sie Coronavirus **positiv** getestet? Ja Nein
3. Erwarten Sie aktuell ein Corona-Abstrich Ergebnis? Ja Nein
4. Haben Sie Kontakt mit einem **bestätigten** Corona-Patienten innerhalb der letzten 14 Tage gehabt? Ja Nein
5. Haben Sie Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein **Corona-Verdacht** innerhalb der letzten 14 Tage besteht? Ja Nein
6. Sind Sie innerhalb der letzten 14 Tage aus einem Risikogebiet nach RKI zurückgekehrt? Ja Nein

Aktuelle Temperatur: _____

Ich verpflichte mich auf die Einhaltung der nachfolgenden Regelungen:

- **Mundschutzpflicht** im gesamten Klinikgebäude
- **Händedesinfektion bei Betreten/Verlassen der Klinik bzw. des Patientenzimmers**
- **Mindestabstand von 1,5 Metern (auch zu im Haushalt lebenden Angehörigen)**

Bei Patientenbesuch gilt zudem:

- Einhaltung der **Besuchszeiten täglich von 14.00 bis 18.00 Uhr**
- Nur eine Person pro Patient und Tag
- Besuchsdauer maximal eine Stunde
- 1 Besucher pro Patientenzimmer

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Krankenhaus bei Verstößen und Falschangaben bei der Selbstauskunft ein **Besuchs- / Zutrittsverbot** verhängen kann.

Datum, Uhrzeit: _____ Unterschrift: _____