

Selbstauskunft und -erklärung zu SARS-CoV-2

NAME, Vorname: _____

Straße:

PLZ Wohnort:

Telefonnummer:

1. Waren Sie in den letzten 4 Wochen vor dem heutigen Besuch mit SARS-Covid-2 infiziert?
Oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht für solche Infektion? Warten Sie auf ein Ergebnis einer Corona-Testung(Meldung der Warn-App , Kontaktperson, oder aufgrund von Symptomen)?
 Ja Nein
2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Besuch Kontakt zu einer Person, die in den letzten 4 Wochen vor dem Besuch mit SARS Covid infiziert war, oder bei der ein nicht widerlegter Verdacht auf eine solche Infektion bestanden hat? Ja Nein
3. Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber? (> 37,5°C)? Ja Nein
4. Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen? Ja Nein
5. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwegen, namentlich in Form von trockenem Husten? Ja Nein

Sofern **eine** dieser Fragen mit **JA** zu beantworten ist, ist Ihnen nach aktueller Rechtslage ein **Besuch nicht gestattet**.

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach der „Coronaverordnung Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen“ des Landes Baden-Württemberg die besuchte Person regelhaft nur **einen Besucher pro Tag** empfangen darf und dass ich als Besucherin/Besucher **verpflichtet bin**,

- während des gesamten Besuchs einen **Mund-Nasen-Bedeckung** zu tragen
- einen **Mindestabstand von 1,5 Metern** zu jeder anderen Personen zu wahren, es sei denn, ich bin mit der anderen Person in gerader Linie verwandt oder deren Schwester/Bruder/(Groß-)Tante oder Onkel/(Groß-)Nichte oder Neffe oder lebe im gleichen Haushalt oder bin Ehegatte/Lebenspartner/Partner einer der vorgenannten Personen
- mir bei Betreten des Krankenhauses die **Hände** mit dem am Eingang zur Verfügung gestellten Desinfektionsmittel zu **desinfizieren**
- zu Beginn meines Besuchs meine **Kontaktdaten** und die Besuchszeit für den Fall einer erforderlichen Kontaktnachverfolgung anzugeben

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Krankenhaus bei Verstößen ein Besuchsverbot verhängen kann.

Unterschrift Besucher/-in



Besuch gestattet- Unterschrift MA

Patientin (Vor-und Zuname)

Station

Datum

Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.

Fragebogen anhand BWKG-Mitteilung 550/2020 vom 02.09.2020