

**Besucherselbstauskunft zu SARS-CoV-2 und Verpflichtungserklärung**Besucher\*in:  Begleitperson: 

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift **ODER** Telefonnummer: \_\_\_\_\_

- 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?
- 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?
- 3) Haben Sie eine neu aufgetretene Störung des Geschmacks- oder Geruchssinns oder Durchfall?
- 4) Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (trockener Husten, Luftnot), Fieber, Kopf- oder Gliederschmerzen?

Sofern eine dieser Fragen mit JA zu beantworten ist, ist ein **Besuch untersagt**.**Als Besucher\*in/Begleitperson verpflichte ich mich,**

- mich ausschließlich zu Besuchs- oder Begleit Zwecken bei benannter Patientin/bei benanntem Patienten im Patienten- bzw. Behandlungszimmer 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.

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.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucher\*in\_\_\_\_\_  
Besuch gestattet, Unterschrift EinlasskontrollePatient\*in: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname)

Station: \_\_\_\_\_ Besuchsdatum: \_\_\_\_\_