

**Patientenaufklärung COVID**

Name:

Vorname:

Geb.-Dat:

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass auch mit Einhaltung aller empfohlenen Vorsichts- bzw. Hygienemaßnahmen, das Risiko einer Infektion mit SARS-CoV-2 auch im Krankenhaus während einer ambulanten und stationären Behandlung, nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann. Zur Minimierung von Infektionsrisiken haben wir für die Patienten folgende Verhaltensregeln erlassen:

- Sie tragen einen Mund-Nasen-Schutz im Krankenhaus
- Soziale Distanz mit Abstand 1,5 m
- Händewaschen / Händedesinfektion
- Kontaktminimierung
- In dieser Zeit halten Sie sich überwiegend in Ihrem Zimmer auf

Mit der Befolgung dieser Verhaltensregeln erkläre ich mich einverstanden. Die zuvor gestellten Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Ich fühle mich über SARS-CoV-2 und die COVID Erkrankung sowie Risiken in Bezug auf meinen Krankenhausaufenthalt ausreichend aufgeklärt.

Folgenden Punkte / Fragen wurden in dem Gespräch noch geklärt:

Diesbezüglich habe ich aktuelle keine weiteren Fragen.

---

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Arzt

---

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Patient