

# Besucherselbstauskunft zu SARS-CoV-2 und Verpflichtungserklärung



Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,  
als Teil unserer internen Sicherheitsmaßnahmen zur Vermeidung der Ausbreitung des Corona-Virus (SARS-CoV-2)  
bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen.

## Besucherin/Besucher:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift ODER Telefonnummer \_\_\_\_\_

## Besuch bei Patientin/Patient:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_

Besuchsdatum \_\_\_\_\_ Besuchszeit (Beginn und Ende) \_\_\_\_\_

Ja      Nein

1. Stehen Sie unter einer vom Gesundheitsamt verordneten Quarantäne?
2. Haben Sie Fieber (>38°Celsius)?
3. Haben Sie Geschmacks- oder Geruchsverlust?
4. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Atemnot)?

**Sofern einer der Fragen 1. - 4. mit JA zu beantworten ist, ist ein Besuch untersagt.**

5. Sie sind gegen das Coronavirus geimpft.  
Wenn ja, vollständig geimpft und es sind mindestens 14 Tage nach der letzten Impfstoffgabe  
vergangen (Impfnachweis)?

**oder**

COVID-Erkrankung, die länger als 6 Monate zurückliegt und eine verabreichte Impfdosis  
(Nachweis positiver PCR Test und Impfnachweis)?

6. Sie sind von einer COVID Erkrankung genesen, die maximal 6 Monate und mindestens 28  
Tage zurückliegt (Nachweis positiver PCR Test)?

7. Sie sind getestet (tagesaktueller Schnelltest nicht älter als 24h)?

**Sofern keine der Fragen 5. - 7. mit JA zu beantworten ist, muss ein Antigen  
Schnelltest durchgeführt werden.**

Als Besucherin/Besucher verpflichte ich mich,

- mich ausschließlich zu Besuchszwecken bei benannter Patientin/Patient im Patientenzimmer oder einem ausgewiesenen Besucherbereich aufzuhalten.
- während des gesamten Besuchs eine FFP2 Maske zu tragen, einen Mindestabstand von 1,5 Metern zu wahren (gilt nicht für Ehegatten, Lebenspartner, Verwandte ersten Grades) und die Regeln der Händedesinfektion einzuhalten.
- mich ausschließlich in den Räumen der ausgewiesenen Veranstaltung aufzuhalten
- und nehme zur Kenntnis, dass ein - auch fahrlässiges - Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

Unterschrift: Besucherin/Besucher \_\_\_\_\_

Besuch gestattet, Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter \_\_\_\_\_

## Hinweis zum Datenschutz:

Ihre Daten werden zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Ortschaftsbehörde nach §§16, 25 IfSG gespeichert. Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.