

# 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?      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Haben Sie Fieber (>38°Celsius)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Haben Sie Geschmacks- oder Geruchsverlust?                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Atemnot)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 5. Sind Sie gegen das Coronavirus geimpft oder genesen?   |                       |                       |
| • doppelt geimpft und es sind mindestens 14 Tage nach der letzten Impfstoffgabe vergangen <b>oder</b> geboostert (Impfnachweis) <b>oder</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • doppelt geimpft und (davor oder danach) genesen (Nachweis positiver PCR Test und Impfnachweis)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Sie sind von einer COVID-Erkrankung genesen, die maximal 90 Tage und mindestens 28Tage zurückliegt (Nachweis positiver PCR Test)?        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Wenn KEINE der Fragen 5 oder 6 mit JA beantwortet werden kann, ist der Zutritt zur Klinik nicht möglich.**

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 7. Sie sind getestet (tagesaktueller Schnelltest nicht älter als 24h liegt vor)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|-----------------------|-----------------------|

**Wenn Frage 7 nicht mit JA beantwortet wurde, muss ein Antigenschnelltest durchgeführt werden.**

Als Besucherin/Besucher verpflichte ich mich,

- mich ausschließlich zu Besuchszwecken bei benannter Patientin/Patient im Patientenzimmer oder einem ausgewiesenen Besuchsbereich 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 Ortspolizeibehörde nach §§16, 25 IfSG gespeichert. Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.