



**Information und Aufklärung für Patienten und Besucher
im Rahmen der COVID-19-Pandemie**

Angaben zu Patient/innen, Besucher/innen und ggf. Begleitperson

Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Tel.:	Tel.:

Aufgrund der derzeitigen Corona-19-Pandemie ist der Zutritt in unser Haus zum Schutz unserer Patientinnen und Patienten nur unter strengen Auflagen möglich.

Bitte bestätigen Sie uns folgende Angaben:

- Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Covid-19-Infektion? ja nein
- Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit Corona-infizierten Personen? ja nein
- Haben Sie Erkältungszeichen wie Fieber, Husten oder sonstige Erkältungssymptome? ja nein
- Haben Sie einen Verlust vom Geruchs-/ Geschmackssinn? ja nein
- Sind Sie (wissentlich) mit dem Corona-Virus infiziert? ja nein
- Stehen Sie aktuell unter Quarantäne? ja nein
- Aktueller Corona-Test (< 48 Stunden bzw. PCR < 72 Stunden) ja nein
- Antigen-Schnelltest-Ergebnis pos. neg.

Sollten Symptome auftreten, verzichte ich auf weitere Besuche!

Bitte beachten Sie folgende Hinweise bei Ihrem Aufenthalt im Haus:

- Tragen Sie eine FFP2-Maske!
- Nehmen Sie in der Einrichtung keinen Kontakt zu anderen Patienten auf!
- Halten Sie sich nur im Patientenzimmer auf!
- Desinfizieren Sie Ihre Hände beim Betreten und Verlassen des Hauses bzw. des Zimmers!
- Halten Sie einen ausreichenden Sicherheitsabstand von mindestens 1,5 m zu anderen Personen ein!
- Bitte beachten Sie, dass wir nur Einzelpersonen Zugang zur Einrichtung erlauben können.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Name: _____
Datum, Unterschrift: _____

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.
Ich nehme zur Kenntnis, dass ein – auch fahrlässiges – Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.



Information und Aufklärung für Patienten und Besucher im Rahmen der COVID-19-Pandemie

Sollte bei den nachstehenden Personenkreisen kein negatives Testergebnis vorgelegt werden können, kann in Ausnahmefällen ein Abstrich ermöglicht werden:

- 1) **Externe Personen**, die trotz des Besuchsverbots, d.h. in Ausnahmefällen Zugang zum Krankenhaus erhalten (z.B. Besucher von schwerstkranken und sterbenden Patienten, Dienstleister etc.)
- 2) **Ambulante Patienten** (und Angehörige bei einer Beeinträchtigung) und **Besucher von Sprechstunden**, die eine Diagnostik durchlaufen
- 3) **Stationäre Patienten** und **elektive**, d.h. prä-stationäre Patienten

Ein aktueller Befund liegt vor: ja nein

Zustimmung zu einem Antigenschnelltest

Mit meiner Unterschrift stimme ich einem Corona-Antigen-Schnelltest mittels Nasen-Rachenabstrich zu.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

(Vom Krankenhaus-Mitarbeitenden auszufüllen!)

Corona-Antigenschnelltest

Befund : positiv negativ

Datum: _____

Test Kit: _____

Name des Testenden: _____