

Selbstauskunft zum Corona-Virus (SARS-CoV-2) und Verpflichtungserklärung für Besucher/innen, Begleitpersonen, Dienstleister/innen und andere Personen im Auftrag innerhalb einer Einrichtung des gKU



Patient/Bewohner Name: _____ Vorname: _____

Station/Wohnbereich: _____

Meine Daten Name: _____ Vorname: _____

Besucher/Dienstleister/Firma

Telefon-/Handynummer: _____

Datum, Uhrzeit Eintritt in die Einrichtung: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu:

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Waren Sie in den letzten 4 Wochen vor dem heutigen Besuch mit dem Corona-Virus (SARS-CoV-2) infiziert? Oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 dem Corona-Virus (SARS-CoV-2) infiziert war oder bei der in dem Zeitraum ein nicht widerlegter Verdacht auf eine solche Infektion bestanden hat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie eine erhöhte Temperatur bzw. Fieber (>37,5°C)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- oder Gliederschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sofern eine dieser Fragen mit **JA** beantwortet wurde, ist der Zutritt in die Klinik/das Seniorenheim untersagt!

Als Besucher/in, Begleitperson, Dienstleister/in oder andere Personen mit Auftrag innerhalb der Klinik verpflichte ich mich

- während des **gesamten Aufenthalts** in der Klinik/des Seniorenheims **eine FFP2-Maske** zu tragen, einen Mindestabstand von 1,5 m zu wahren und die Regeln der Händedesinfektion einzuhalten.
- mich als Besucher/in ausschließlich zum Besuch bei benanntem Patienten/Bewohner im Zimmer aufzuhalten und den **Besuch auf 1 Stunde** zu begrenzen.
- mich als Begleitperson, Dienstleister oder andere Person ausschließlich im Rahmen meines Auftrags in der Klinik/dem Seniorenheim aufzuhalten.
- ich nehme zur Kenntnis, dass ein – auch fahrlässiges – Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

Die Einrichtung behält sich das Recht vor, bei Nichtbeachtung bestehender Hygiene- und Verhaltensregeln ein Besuchsverbot auszusprechen.

Ort, Datum, Unterschrift _____