

**Selbstauskunft zum Corona-Virus (SARS-CoV-2) und Verpflichtungserklärung für
Patient*innen, Besucher*innen, Begleitpersonen, Dienstleister*innen und andere Personen**

Patient*in Besucher*in Begleitperson Dienstleister*in(Firma)

Meine Daten

Name: _____ Vorname: _____

Telefon-/Handynummer: _____

Adresse: _____

Datum, Uhrzeit Eintritt in die Einrichtung: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu:

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? JA NEIN
Have you been diagnosed with the coronavirus in the last 4 weeks before today's visit? Was there any suspect of such an infection that has not been refuted?
-
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? JA NEIN
Have you had contact with a person diagnosed with the coronavirus in the last 4 weeks before today's visit?
-
3. Haben Sie eine erhöhte Temperatur bzw. Fieber (>37,5°C)? JA NEIN
Do you have high temperature or fever (>37,5 °C)?
-
4. Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen? JA NEIN
Do you have taste or smell disorders?
-
5. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- oder Gliederschmerzen? JA NEIN
Do you have respiratory problems (cough, runny nose, sore throat, shortness of breath) headache or body aches?
-
6. Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet? JA NEIN
Have you been in a risk area in the last 14 days?

Sofern eine dieser Fragen mit JA beantwortet wurde, ist der Zutritt in unsere Klinik untersagt!**Als Patient*in, Besucher*in, Begleitperson, Dienstleister*in oder andere Personen mit Auftrag innerhalb der Klinik verpflichte ich mich**

- während des gesamten Aufenthalts in der Klinik einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen und einen Mindestabstand von 1,5 m zu wahren.
- meine Hände gemäß der Hygieneregeln zu desinfizieren.
- mich als Besucher*in ausschließlich zum Besuch bei benannten Patient*innen im Zimmer für max. ½ Stunde aufzuhalten.
- mich als Patient*in, Begleitperson, Dienstleister*in oder andere Person ausschließlich im Rahmen meines Auftrags in der Klinik aufzuhalten.
- ich nehme zur Kenntnis, dass ein – auch fahrlässiges – Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

Ort, 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. Die vollständigen Informationen gem. Art. 13 DSGVO finden Sie auf unserer Homepage unter: <https://www.hessing-kliniken.de/besucher-angehoerige/wichtige-hinweise-fuer-besucher-und-angehoerige/>