

Selbstauskunft Besucher

Auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und der Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (BayIfSMV) in Verbindung mit der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zum Zweck der Einschätzung von Infektionsrisiken und der Nachverfolgung und Unterbrechung von Infektionsketten.

Die nachfolgenden Angaben bitten wir Sie wahrheitsgemäß zu beantworten und durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Ich bin Besucher: Name und Vorname des Patienten: _____

Station/Zimmer: _____

Ich bin aktuell negativ getestet - Nachweis (Zertifikat) eines mitgebrachten negativen Schnelltest-Ergebnisses (nicht älter als 24 Stunden) oder PCR-Testergebnisses (nicht älter als 48 Stunden)

Zutritt Datum: _____ Uhrzeit: _____

Name: _____ Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

1. Leiden Sie aktuell unter akuten Atemproblemen, Husten, Schnupfen, Krankheitsgefühl, Verlust des Geruchssinns, Fieber über 37,5 °C oder haben Sie in den vergangenen 14 Tagen unter diesen Symptomen gelitten? JA NEIN

2. Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten Corona-Infizierten (COVID-19-Fall) oder Personen, die aus einem Corona-Risikogebiet kommen? Hierzu gehören auch Kontakte zu Corona-Infizierten 48 Stunden bevor bei dem Infizierten die ersten Symptome auftraten. JA NEIN

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Richtigkeit der oben gemachten Angaben sowie die Kenntnisnahme und Einhaltung der Regelungen sowie der Hygiene- und Verhaltensregeln. Die ausgefüllte Selbstauskunft wird archiviert.

Während des gesamten Aufenthaltes ist das Tragen einer FFP2-Maske Pflicht. Diese darf auch im Patientenzimmer nicht abgenommen werden.

Datum

Unterschrift