

Persönliche Daten (verpflichtende Angaben):

Vor- und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon-/Handynummer: _____

Ich bin

PATIENT*IN: Termin bei (Abteilung / Arzt) _____

BESUCHER*IN oder BEGLEITPERSON für folgende/n Patient/in:

Name Patient*in: _____ Station / Abteilung: _____

**1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen ein oder mehrere der folgenden Krankheitssymptome?
(NEU aufgetreten)**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber > 38°C | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit/Luftnot |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Durchfall/Übelkeit/Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Kopf-/Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> Geruchs-/Geschmacksstörungen |

Keine der vorgenannten Krankheitssymptome zutreffend

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen mögliche Kontakte zu Corona-Infizierten?

Kontakt zu bestätigter COVID-Infizierter? ja (falls ja, wann _____)

Kontakt zu Corona-Verdachts- oder Quarantäne-Fall? ja (falls ja, wann _____)

Rückkehr aus einem Hochrisikogebiet in den letzten 14 Tagen? ja

Keiner der vorgenannten Punkte zutreffend

3. Geimpft, genesen, getestet?

Ich habe einen vollständigen Impfschutz: ja (Impfnachweis vorhanden)

Ich bin genesen: ja (Genesenen-Nachweis vorhanden)

Ich habe eine PCR-bestätigte Corona-Infektion durchgemacht: ja (Datum des positiven Tests: _____)

Ich bin getestet: ja (Nachweis Antigen-Schnelltest < 24h, PCR-Test < 48h)

Die Hinweise zu den speziellen Regelungen für Besucher habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der namentlichen Registrierung einverstanden.

Datum

Unterschrift

Kontrolle

→ Bitte geben Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt auf Station / in der Abteilung ab!

Bitte beachten Sie:

Das Betreten unserer Einrichtung ist nur möglich, wenn der Bogen bis hierher vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt wurde. Bitte halten Sie den Impf-/Genesenen-/Testnachweis bereit und legen Sie diesen zusammen mit diesem Selbstauskunftsbogen vor. Dies dient Ihrer Sicherheit, der Sicherheit aller uns anvertrauten Patienten sowie unserer Mitarbeiter.

Ersteller:	Stellv. BL Julia Eggel	Freizeichner:	BL Wolfgang Weinert
formal geprüft:	Ltg. OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	25.11.2021
Version:	08	KV_VL Selbstauskunftsbogen Patienten Besucher_ab 25.11.2021_DEUTSCH., Ausdruck vom 25.11.2021, Seite 1 von 2	

Die folgenden Hinweise zum weiteren Vorgehen werden nur vom Personal ausgefüllt!

Besucher:

- Wenn Bogen vollständig ausgefüllt wurde, kein Risikofaktor und ein Nachweis im Sinne der 3G-Regel (geimpft, genesen, getestet) vorliegt → Besuch möglich; Besucher nimmt den Selbstauskunftsbogen mit und wird instruiert, sich beim Stationspersonal der jeweiligen Station zu melden.
- Bei Vorliegen von Symptomen oder eines möglichen Kontakts → Besuch nicht ohne weiteres möglich. **Falls Besuch dennoch erfolgen soll, besteht die Verpflichtung zur Dokumentation der Entscheidungsgrundlage durch den Arzt.**

Ambulanz-/Elektivpatienten:

- Wenn Bogen vollständig ausgefüllt wurde und keine Symptome oder Kontakte vorliegen → Vorstellung möglich; Patient nimmt den Auskunftsbogen mit und wird instruiert, sich beim Personal der jeweiligen Ambulanz/Station zu melden
- Bei Vorliegen mind. eines Risikofaktors → telefonische Information der geplanten Station/Ambulanz mit Verpflichtung zur Klärung durch verantwortlichen Arzt

Nur intern auszufüllen (verpflichtend für Ambulanz-/Elektivpatienten):

- Vorstellung /Aufnahme/Besuch kann nach erfolgter Überprüfung stattfinden

ggfs. Kommentar/Stellungnahme:

- Vorstellung/Aufnahme muss verschoben werden.
- Eine Vorstellung /Aufnahme kann aus medizinischer Indikation nicht verschoben werden, obwohl Hinweise für ein erhöhtes Risiko einer Infektion durch SARS-CoV-2 Infektion bestehen. Ich habe mich bzgl. der erforderlichen, speziellen Hygienemaßnahmen informiert und alle beteiligten und nachversorgenden Einrichtungen entsprechend informiert.
(Unterschrift des Arztes zwingend erforderlich)
- Eine Vorstellung / Aufnahme kann nach durchgeführtem Antigen-Schnelltest erfolgen

Datum _____, Name Unterzeichner _____, Unterschrift _____
in Druckbuchstaben

Ersteller:	Stellv. BL Julia Eggel	Freizeichner:	BL Wolfgang Weinert
formal geprüft:	Ltg. OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	25.11.2021
Version:	08	KV_VL Selbstauskunftsbogen Patienten Besucher_ab 25.11.2021_DEUTSCH., Ausdruck vom 25.11.2021, Seite 2 von 2	