

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 bestätigt COVID-Infizierter? ja (falls ja, wann _____)

Kontakt zu Menschen in Corona-Quarantäne? 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 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 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.

Die Hinweise zum weiteren Vorgehen (siehe Rückseite) werden nur vom Personal ausgefüllt!

Ersteller:	Stellv. BL Julia Eggel	Freizeichner:	BL Wolfgang Weinert
formal geprüft:	Ltg. OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	10.09.2021
Version:	07	KV_VL Selbstauskunftsbogen Patienten Besucher_ab 10.09.2021_UA.docx., Ausdruck vom 09.09.2021, Seite 1 von 2	

Besucher:

- Wenn Bogen vollständig ausgefüllt wurde, kein Risikofaktor und ein Nachweis im Sinne der 3G-Regel (geimpft, genesen, getestet) vorliegt → Besuch möglich
- 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
- 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
in Druckbuchstaben

Unterschrift

Ersteller:	Stellv. BL Julia Eggel	Freizeichner:	BL Wolfgang Weinert
formal geprüft:	Ltg. OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	10.09.2021
Version:	07	KV_VL Selbstauskunftsbogen Patienten Besucher_ab 10.09.2021_UA.docx., Ausdruck vom 09.09.2021, Seite 2 von 2	