

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 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 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:	Siegfried Weinert	Freizeichner:	Stv. BL Michael Dahlmann
formal geprüft:		Freigabedatum:	17.11.2021
Version:	08	KV_VL Selbstauskunftsbogen Patienten Besucher_ab 17.11.2021.docx, Ausdruck vom 26.11.2021, Seite 1 von 2	

Besucher:

Aktuell gilt an unseren Kliniken ein allgemeines Besuchsverbot. Das Betreten der Klinik ist daher nur in Ausnahmefällen erlaubt. Dabei gilt eine Testpflicht für alle (auch für geimpfte und genesene) Besucher. Vor diesem Hintergrund sind folgende Besuche zulässig:

- Begleitung von minderjährigen Patienten, die sich aktuell in Behandlung befinden, durch ein Elternteil.
- Begleitung von Patienten unserer Palliativstation und in Sterbesituationen.
- Begleitung von Patienten, mit denen aufgrund einer entsprechenden Erkrankung (wie z.B. Demenz) eine Kommunikation erschwert oder nicht möglich ist.
- Sonstige therapeutische oder medizinisch notwendige Besuche, die vorab mit dem zuständigen Arzt abgesprochen wurden.
- Geburt eines Kindes: Anwesenheit des Vaters oder einer sonstigen engen Bezugsperson. Bitte beachten Sie die speziellen Besuchsregelungen der Wöchnerinnenstation.

Eine Begleitung Sterbender ist jederzeit gewährleistet!

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

Eine ambulante Behandlung in unserer Physikalischen Therapie ist derzeit aufgrund des Besuchsverbots nicht möglich!

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:	Siegfried Weinert	Freizeichner:	Stv. BL Michael Dahlmann
formal geprüft:		Freigabedatum:	17.11.2021
Version:	08	KV_VL Selbstauskunftsbogen Patienten Besucher_ab 17.11.2021.docx, Ausdruck vom 26.11.2021, Seite 2 von 2	