



**Personal data (mandatory information):**

First name, last name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Street: \_\_\_\_\_ Residence: \_\_\_\_\_

Phone number / mobile phone: \_\_\_\_\_

I am

**PATIENT:** appointment with (department / doctor) \_\_\_\_\_

**VISITOR or COMPANION** of the following patient / person:

Name patient: \_\_\_\_\_ ward / department: \_\_\_\_\_

**1. Did you have any of the following symptoms within the last 14 days?  
(NEWLY developed)**

fever > 38°C       cough       shortness of breath/breathlessness

sniff       sore throat       diarrhoea/nausea/vomiting

fatigue       headache/limb pain       disturbance in smelling

**None of these symptoms**

**2. In the last 14 days, have you had any possible contact with people infected with Corona?**

Contact to any person with an active COVID-19-infection?       yes (if yes, date: \_\_\_\_\_)

Contact to any COVID-19 suspected case or contact to any person in quarantine?       yes (if yes, date: \_\_\_\_\_)

Return from a high-risk or variant of concern area within 14 days prior       yes

**None of these risk factors applicable**

**3. Vaccinated, recovered, tested?**

I am fully vaccinated:       yes (verification/confirmation available)

I have recovered from Covid-19:       yes (verification/confirmation available)

I have been diagnosed with SARS-CoV-2 confirmed by PCR test       yes (Date of diagnosis: \_\_\_\_\_)

I am tested:       yes (confirmation antigen test < 24h, PCR test < 48h)

I took note of the special regulations for visitors and I agree to be registered.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

Control

**→ Please hand in this form completely filled in on the ward / in the department!**

**Please note:**

You will not be allowed to enter our hospital unless the form has been filled out completely and truthfully to this point. Please have your vaccination/gene/test certificate ready and present it together with this self-disclosure form. This is for your safety, the safety of all patients entrusted to us, and the safety of our staff.

Ersteller:	Wolfgang Weinert, Dr. Matthias Sauter	Freizeichner:	BL Wolfgang Weinert
formal geprüft:	Ltg. OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	19.01.2021
Version:	09	KV_VL Selbstauskunftsbogen Patienten Besucher_ab 20.01.2022_ENGLISCH., Ausdruck vom 19.01.2022, Seite 1 von 2	

**The following instructions for further action are only filled in by the personnel!**

**Besucher:**

- Wenn Bogen vollständig ausgefüllt wurde, kein Risikofaktor und ein negativer Testnachweis vorliegt (Nachweis Antigen-Schnelltest < 24 h, PCR-Test < 48 h) → Besuch im Rahmen der bestehenden Ausnahmeregelungen 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  
in Druckbuchstaben

Unterschrift

Ersteller:	Wolfgang Weinert, Dr. Matthias Sauter	Freizeichner:	BL Wolfgang Weinert
formal geprüft:	Ltg. OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	19.01.2021
Version:	09	KV_VL Selbstauskunftsbogen Patienten Besucher_ab 20.01.2022_ENGLISCH., Ausdruck vom 19.01.2022, Seite 2 von 2	