****

**Selbstauskunft für Besucher / Externe / amb. Patienten während der COVID-19 Pandemie**

**Allgemeine Angaben zur eigenen Person (bitte in Druckbuchstaben und lesbar ausfüllen!)**

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Nachname: |  |
| Adresse: |  |
| Telefonnummer: |  |
| E-Mail Adresse: |  |
| Aufzusuchende/r Patient/in / Kontakt im Krankenhaus: |  |
| Station und Zimmernummer des/der Patienten/in:  Abteilung / Ambulanz: |  |
| Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs: |  |

**Angaben zu Symptomen**

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tage eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **JA** | **NEIN** |
| Fieber (>38°), Ggfs. gemessene tatsächliche Temp. |  |  |
| Husten |  |  |
| Atemnot |  |  |
| Geschmacks- oder Geruchsverlust |  |  |
| Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar |  |  |
| Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar |  |  |
| Befinden Sie sich selbst zur Zeit in Quarantäne? |  |  |
| Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage im Ausland / **Risikogebiet lt. RKI** oder haben Sie sich in einem besonders betroffenen Gebiet in Deutschland aufgehalten? |  |  |
| Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage  Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt? |  |  |

**Vom Krankenhaus auszufüllen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **JA** | **NEIN** |
| Einlass Besucher/ Patienten/ Externer wurde gewährt |  |  |

Als Besucher versichere ich hiermit, heute der einzige Besucher für den oben genannten Patienten zu sein. Die geltenden Hygiene- und Verhaltensregeln sind mir bekannt und werden von mir eingehalten. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten 30 Tage aufbewahrt werden, um erforderlichenfalls die Nachverfolgung einer Infektionskette durch die Gesundheitsbehörden sicherstellen zu können.

Datum, Unterschrift Besucher/in