Besucherselbstauskunft SARS CoV-2 und Verpflichtungserklärung

ViDia
Christliche Kliniken Karlsruhe

Im Rahmen des aktuellen Ausbruchsgeschehens mit dem neuartigen Corona-Virus (COVID-19) muss für Sie als Besucher die Abgabe der nachfolgenden Selbstauskunft erfolgen. Sie sind verpflichtet, vor Ihrem Aufenthalt in unseren Kliniken alle untenstehenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Falls erforderlich wird sich vor Ihrem Zugang zu den Kliniken eine weitere Befragung / gesundheitliche Untersuchung anschließen.

Ihre Angaben

Vor- und Zuname: ……...……...

Geb.-Datum: ……..……..

Adresse: ……..

Erreichbar unter Telefonnummer oder Email: ……..……..

……

Besuchter Patient: …… auf Station: ……..…….

Besucher, die eine Intensivstation besuchen wollen, werden um eine vorherige telefonische Absprache mit der Station gebeten.

1. Leiden Sie aktuell an Fieber (> 37,5 °C), trockenem Husten, Atemnot oder einem neu aufgetretenen Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns? ☐ Ja ☐ Nein

2. Wurden Sie aktuell vom Gesundheitsamt unter Quarantäne gestellt? ☐ Ja ☐ Nein

3. Liegt zum Zeitpunkt des Besuchs/ der Begleitung bereits ein gültiger Nachweis über ein aktuelles negatives Testergebnis vor (nicht älter als 24 Stunden)?

☐ Ja, mit Datum vom_____ ☐ Nein

4. Liegt ein vollständiger Impfschutz gegen COVID-19 vor, der mindestens 14 Tage zurückliegt?

☐ Ja, mit Datum vom_____

5. Liegen ein Nachweis einer Impfung (von zwei) und ein Nachweis einer durchgemachten Erkrankung anhand eines PCR-Tests vor?

☐ Ja, mit Datum vom_____

6. Liegt ein Nachweis einer durchgemachten Erkrankung anhand eines PCR-Tests vor, der mindestens 28 Tage, jedoch maximal 6 Monate zurückliegt?

☐ Ja, mit Datum vom_____

bitte wenden!

Als Besucher verpflichte ich mich,

- mich ausschließlich zu Besuchszwecken bei benanntem Patienten im Patientenzimmer oder in einem ausgewiesenen Besucherbereich aufzuhalten.
- während des gesamten Aufenthaltes eine FFP2-Maske zu tragen, einen Mindestabstand von 1,5 Metern zu wahren und die Regeln der Händedesinfektion einzuhalten.
- und nehme zur Kenntnis, dass das Krankenhaus bei Verstößen und Falschangaben bei der Selbstauskunft ein Besuchsverbot verhängen kann.

Besuchsdatum: …… Uhrzeit: ……

Unterschrift :……..……..

Geplantes Ende des Besuches (Uhrzeit): …….…….

*Ihre Daten werden zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Ortspolizeibehörde nach §§ 16, 25 IfSG gespeichert. Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.

Selbstauskunft wurde geprüft durch:…….....

Besuch gestattet, Name und Unterschrift Mitarbeiter Station:

…….