

# BESUCHERSELBSTAUSKUNFT

## SARS-Cov-2 und Verpflichtungserklärung



Sehr geehrte Besucherinnen und Besucher,

gemäß der «**Verordnung über Besuchsregelungen in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und vergleichbaren Einrichtungen (Corona-Verordnung Besuchsregelungen)**» vom 18.5.2020 müssen wir als Voraussetzung für Ihren Besuch in unserer Klinik folgende Daten erheben.

Besucherin/Besucher:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Waren Sie in den letzten vier Wochen vor dem heutigen Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert? Oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Besuch Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen vor dem Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert war, oder bei der in dem Zeitraum ein nicht widerlegter Verdacht auf eine solche Infektion bestanden hat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem <a href="#">Risikogebiet</a> gem. RKI aufgehalten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (>37,5° Celsius)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- oder Gliederschmerzen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sofern eine dieser Fragen mit JA zu beantworten ist, **ist ein Besuch untersagt.**

Als Besucherin/Besucher **verpflichte ich mich,**

- mich ausschließlich zu Besuchszwecken bei benannter Patientin/beim benannten Patienten im Patientenzimmer oder in einem ausgewiesenen Besuchsbereich aufzuhalten.
- während des gesamten Besuchs einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen, einen Mindestabstand von 1,5 Metern zu wahren und die Regeln der Händedesinfektion einzuhalten.
- und **nehme zur Kenntnis**, dass ein – auch fahrlässiges – Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine **Ordnungswidrigkeit** darstellen kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucherin/Besucher



\_\_\_\_\_  
Besuch gestattet, Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter

Informationen zum Patienten:

Patient/in: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

Station: \_\_\_\_\_ Besuchsdatum: \_\_\_\_\_

**Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht!**



Risikogebiete RKI