Eigenerklärung Besucher

Um die Sicherheit der Patienten/-innen und Mitarbeitenden der Einrichtung sowie der Besucher/-innen gewährleisten zu können, ist das vorliegende Formular vollständig auszufüllen. Dieses ist vor dem Besuch abzugeben und eine zu erfüllende Voraussetzung für den Besuch.

Besuchte(r) Patient/-in Name:	**Station:** **Zimmer:**

Nachname, Name:
Adresse:
Telefon:

Liegen Krankheitssymptome vor? (wie z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Atemnot/Kurzatmigkeit, Fehlen von Geruchs- und Geschmackssinn, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall)? Ja ☐ Nein ☐
Gab es in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person oder einer mit dem Corona-Virus infizierten Person? Ja ☐ Nein ☐

Ich habe das Merkblatt zur Besuchsregelung zur Kenntnis genommen Ja ☐
Ich versichere, die Hygieneregeln zu beachten und anzuwenden Ja ☐

Hiermit bestätige ich alle Angaben nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Im Nachverfolgungsfall bin ich mit der Weitergabe meiner Daten an die Gesundheitsbehörde einverstanden. Die Daten werden nach drei Wochen vernichtet. **Datum:** **Unterschrift:**

Stand :04.09.2020