



## Besucherselbstauskunft / Verpflichtungserklärung

Im Rahmen der Besucherregelung in Krankenhäusern und unter Berücksichtigung des neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2, COVID 19) ist nachfolgende Selbstauskunft erforderlich. Jene dient im Rahmen der Schutzmaßnahmen der Sicherheit Ihrerseits, dem zu besuchenden Patienten und dem Krankenhauspersonal sowie der Nachvollziehbarkeit bei neu auftretenden Infektionen.

### Persönliche Daten des Besuchers

---

Name, Vorname

Anschrift

Tel.-Nr.

### Besuchter Patient / Abteilung

---

Name, Vorname

Station

JA

NEIN

- Waren sie bereits an Covid-19 erkrankt ( ) ( )
- Wenn ja, wann war der Erkrankungsbeginn? \_\_\_\_\_
  
- Sind sie bereits gegen Covid-19 geimpft ( ) ( )
- Wenn ja, mit welchem Impfstoff (z.B. BioNTech, Moderna, AstraZeneca, Johnson&Johnson)  
Impfstoff \_\_\_\_\_  
Datum der 1. Impfung \_\_\_\_\_  
Datum der 2. Impfung \_\_\_\_\_  
Datum der 3. Impfung \_\_\_\_\_  
Datum der 4. Impfung \_\_\_\_\_  
Erkrankung + 1 Impfung \_\_\_\_\_

- 
- 1 Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Besuch Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen vor dem heutigen Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert war, oder bei der in dem Zeitraum ein nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion bestanden hat? ( ) ( )
  
  - 2 Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (> 37,5 Grad Celsius)? ( ) ( )
  
  - 3 Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen? ( ) ( )
  
  - 4 Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- oder Gliederschmerzen? ( ) ( )

Sofern eine dieser 4 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 Besucherbereich aufzuhalten. (bei Hitze auch im Garten)
- während des gesamten Besuchs einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen, einen Mindestabstand von 1,5 Metern zu wahren und die Regeln der Händedesinfektion einzuhalten.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ein – auch fahrlässiges – Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

---

Unterschrift Besucher/in

---

Besuch gestattet, Unterschrift Mitarbeiter/in  
Beginn Besuch Uhrzeit:

**Zu Ihrer Information:**

Die tägliche Besuchszeit im St. Marienkrankenhaus ist **aktuell** von 15.00 Uhr bis 18.00 Uhr (1 Person für 1Stunde)

Die tägliche Besuchszeit im St. Annastiftskrankenhaus ist **aktuell** von 10.00 Uhr bis 20.00 Uhr (1 Person für 2 Stunden)