

## Besucherselbstauskunft und -erklärung zu SARS-CoV-2:

Besucherin/ Besucher:

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

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

- 1) Waren Sie in den letzten 4 Wochen mit dem Coronavirus infiziert oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer Infektion?  Ja  Nein
- 2) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, die in den letzten 4 Wochen mit Corona infiziert war oder bei der ein nicht widerlegter Verdacht bestand?  Ja  Nein
- 3) Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (> 37,5° Celsius)?  Ja  Nein
- 4) Haben Sie (neu aufgetretene) Geschmacks- oder Geruchsstörungen?  Ja  Nein
- 5) Haben Sie (neu aufgetretene) Beschwerden der Luftwege, namentlich in Form von trockenem Husten?  Ja  Nein

Sofern eine dieser Fragen mit **JA** zu beantworten ist, ist nach aktueller Rechtslage **ein Besuch nicht gestattet.**

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach der „Coronaverordnung Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen“ des Landes Baden-Württemberg die besuchte Person regelhaft **nur einen Besucher pro Tag** empfangen darf und dass ich als Besucherin/Besucher **verpflichtet bin,**

- während des gesamten Besuchs in den Innenräumen der Einrichtung eine **Mund-Nasen-Bedeckung** zu tragen,
- einen **Mindestabstand von 1,5 Metern** zu jeder anderen Personen zu wahren, es sei denn, ich bin mit der anderen Person in gerader Linie verwandt oder deren Schwester/ Bruder/(Groß-)Tante oder Onkel/(Groß-)Nichte oder Neffe oder lebe im gleichen Haushalt oder bin Ehegatte/Lebenspartner/Partner einer der vorgenannten Personen,
- mir bei Betreten des Krankenhauses die **Hände** mit dem am Eingang zur Verfügung gestellten Desinfektionsmittel **zu desinfizieren,**
- zu Beginn meines Besuchs meine **Kontakt Daten** und die Besuchszeit für den Fall einer erforderlichen Kontaktnachverfolgung anzugeben.

**Ich nehme zudem zur Kenntnis, dass das Krankenhaus bei Verstößen ein Besuchsverbot verhängen kann und dass ein – auch fahrlässiges Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.**

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

## Besucherregistrierung\*

### Besuchte Person

Besucher Patient/in: \_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname)

Station und Zimmernummer: \_\_\_\_\_

### Angabe Besucherin/Besucher

Vorname, Name  
der Besucherin/des Besuchers: \_\_\_\_\_

Anschrift **ODER** Telefonnummer  
der Besucherin/des Besuchers: \_\_\_\_\_

### Besuchszeit

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

Besuchszeit (Beginn und Ende): \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

**+++Nur auszufüllen durch MA des SRH Fachkrankenhaus Neresheim\*\*+++**

<b>Interner Vermerk: Infektiosität</b>	<input type="checkbox"/> Vollständig geimpft Nachweis durch Anlage _____
	<input type="checkbox"/> Genesen mit 1. Impfung Nachweis durch Anlage _____
	<input type="checkbox"/> Testung/Genesen ohne Impfung Nachweis durch hausinterne Testung am _____

\* Ihre Daten werden zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Ortspolizeibehörde nach §§ 16, 25 IfSG gespeichert. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. c), d), e) DSGVO, sowie auf Art. 9 Abs. 2 lit. i) DSGVO i. V. m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c) BDSG.

Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.

\*\*Die Angabe zu Ihrem Impfstatus ist freiwillig. Beachten Sie dabei, dass wir Sie bei Nichtangabe vor dem Besuch dann entsprechend testen müssen. Zur Nachvollziehbarkeit von eventuellen Infektionsgeschehen fertigen wir eine Kopie Ihres Impfnachweises an, den wir vier Wochen nach Erfassung datenschutzkonform vernichten.