



Corona-Checkliste

Selbstauskunft

Auf Grundlage § 28 Abs. 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in Verbindung mit § 65 Satz 2 Nr. 2 der Zuständigkeitsverordnung (ZustV) erlies das **Bayrische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege** zum 14.02.2020 eine **Allgemeinverfügung** (Az. G51b-G8000-2020/122-56) zur **Einschränkung der Besuchsrechte für Krankenhäuser, Pflege- und Behinderteneinrichtungen**.

Die nachfolgenden Angaben bitten wir Sie wahrheitsgemäß zu beantworten und durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Ich bin: Patient Station/Fachbereich: _____
 Besucher Name des Patienten: _____
 Dienstleister : _____

Zutrittsdatum: ____ . ____ . 2020 (bis ____ . ____ . 2020)

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Ausweis-Nr.: _____

Telefonnummer: _____

1. Leiden Sie aktuell unter akuten Atemproblemen, Husten, Schnupfen, Krankheitsgefühl, Verlust des Geruchssinns, Fieber über 37,9 °C ODER haben Sie in den vergangenen 14 Tagen unter diesen Symptomen gelitten?

JA NEIN

2. Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten Corona-Infizierten (COVID-19-Fall) oder Personen, die aus einem Corona-Risikogebiet kommen? Hierzu gehören auch Kontakte zu Corona-Infizierten 48 Stunden bevor bei dem Infizierten die ersten Symptome auftraten.

JA NEIN

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Richtigkeit der oben gemachten Angaben sowie die Kenntnisnahme und Einhaltung der Regelungen sowie der Hygiene- und Verhaltensregeln (Merkblätter). Die ausgefüllte Checkliste wird für 30 Tage im Klinikum archiviert.

Das Tragen eines Mund-Nasenschutzes ist während Ihres Aufenthalts verpflichtend!

Datum

Unterschrift

--	--