



## Corona-Checkliste: Selbstauskunft

Auf Grundlage von § 28a Abs. 1 Nr. 17 Infektionsschutzgesetz (IfSG) und § 1 Abs. 3 der Elften Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (11.BayIfSMV) in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 UAbs. 1 Buchstabe c EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zum Zweck der Einschätzung von Infektionsrisiken und der Nachverfolgung und Unterbrechung von Infektionsketten.

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: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2021 (bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2021)

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte halten Sie am Empfang Ihren Personalausweis zum Abgleich bereit.**

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 4 Wochen aufbewahrt.

**Das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes ist während Ihres Aufenthalts verpflichtend!**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

--