



CHECKLISTE – PATIENTEN

Corona – Virus

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.

Patient:

Name: _____ Vorname: _____

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

Station/Fachbereich: _____

1. Leiden Sie aktuell unter Akuten Atemproblemen, Husten, Schnupfen, Krankheitsgefühl, Verlust des Geruchssinns, Fieber über 37,9 °C? JA NEIN
2. Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten Corona-Infizierten (COVID-19-Fall)? JA NEIN
Hierzu gehören auch Kontakte zu Corona-Infizierten 48 Stunden bevor bei dem Infizierten die ersten Symptome auftraten.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Richtigkeit der oben gemachten Angaben sowie die Kenntnisnahme und Einhaltung der Regelungen. Die ausgefüllte Checkliste wird im Klinikum archiviert.

Datum

Unterschrift Patient