

## **Patientenselbstauskunft zu SARS-CoV-2 und Verpflichtungserklärung** (bitte ausfüllen und zur Aufnahme mitbringen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer

- |  | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Sind Sie in den letzten vier Wochen mit SARS-CoV-2 infiziert?<br>Oder besteht ein nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person,<br>die in den letzten vier Wochen vor dem Besuch mit SARS-CoV-2<br>infiziert war, oder bei der in dem Zeitraum ein nicht widerlegter Verdacht<br>auf eine solche Infektion bestanden hat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (>37,5° Celsius)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten,<br>Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- oder Gliederschmerzen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sofern eine dieser Fragen mit JA zu beantworten ist, ist eine Aufnahme zur Rehabilitation erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Bitte nehmen Sie in diesem Fall Kontakt auf mit dem Belegungsmanagement der Sankt Rochus Kliniken unter Tel.: 07253-825458 oder [belegung@cts-rehaverbund.de](mailto:belegung@cts-rehaverbund.de)

### **Ich verpflichte mich,**

während meines Reha-Aufenthaltes im öffentlichen Bereich der Klinik eine **FFP 2 Maske** 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.

Über die aktuelle Besucherregelung kann ich mich über die Homepage der Klinik oder vor Ort informieren.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(Vor- und Nachname)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der aufnehmenden Mitarbeiterin/Mitarbeiter