

Besucherselbstauskunft/-registrierung zu SARS-CoV-2 und Verpflichtungserklärung

Besucherin/ Besucher:

Name, Vorname: _____

Adresse oder Telefonnummer: _____

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Waren Sie in den letzten vier Wochen vor dem heutigen Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert? Oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Besuch Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen vor dem Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert war, oder bei der in dem Zeitraum ein nicht widerlegter Verdacht 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, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- oder Gliederschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sofern eine dieser Fragen mit JA zu beantworten ist, ist **ein Besuch untersagt**.

Als Besucherin/Besucher **verpflichte ich mich**,

- mich ausschließlich zu Besuchszwecken bei benannter Patientin/beim benannten Patienten aufzuhalten. Besuchertreffen sind im Zimmer, Besucherzelt oder im Park möglich.
- während des gesamten Besuchs eine **FFP-2-Maske** zu tragen, einen Mindestabstand von 1,5 Metern zu wahren und die Regeln der Händedesinfektion einzuhalten.
- richtige Angaben zu machen. Ein fahrlässiges Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft kann eine Ordnungswidrigkeit darstellen.

Ich möchte eine FFP-2-Maske käuflich in den Sankt Rochus Kliniken erwerben. Der Preis für eine zertifizierte Maske beträgt 1 €/Stück.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen **wahrheitsgemäß** und legen Sie unseren autorisierten Mitarbeitern die entsprechenden Nachweise unaufgefordert vor:

- 6) Es liegt ein **tagesaktueller negativer** Antigen-Schnelltest vor
- 7) Die **vollständige** Impfung wurde durch Impfausweis u. Personalausweis nachgewiesen*
- 8) Der Besucher hat nachgewiesen, dass er **genesen** ist und die Erkrankung nicht länger als **6 Monate** zurückliegt.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die jeweils aktuell aushängenden Besucherregelungen ausdrücklich an und verpflichte mich zur vollen Mitwirkung.

Unterschrift Besucherin/Besucher

Besuch gestattet, Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter

Patient/in: _____ Geburtsdatum: _____
(Vor- und Nachname)

Station: _____ Besuchsdatum: _____ Besuchszeit: von _____ bis: _____

*Als vollständig geimpft gilt man laut Robert Koch-Institut (RKI) 14 Tage nach der Verabreichung der für den Impfschutz notwendigen Impfdosen. Dabei spielt aber auch die Art des Impfstoffes eine Rolle. Denn abgesehen von dem Vakzin der Firma Johnson & Johnson müssen alle anderen bisher in Deutschland zugelassenen Impfstoffe zweimal verabreicht werden. Somit gilt man bei den Impfstoffen von Moderna, Biontech und AstraZeneca erst 14 Tage nach der zweiten Impfung als vollständig geimpft.

Personen, die eine **Corona-Infektion überstanden haben**, müssen sich nur **einmal** impfen lassen, um den vollen Schutz zu erhalten. Sie gelten also bereits zwei Wochen nach der ersten Impfung als vollständig geimpft.