

**VL Selbstauskunftsbogen
für Besucher der Geriatrie Kliniken Sonthofen**



Persönliche Daten (verpflichtende Angaben):

Vor- und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon-/Handynummer: _____

Ich besuche:

Patient: _____ Station: _____

**1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen ein oder mehrere der folgenden Krankheitssymptome?
(NEU aufgetreten)**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber > 38°C | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit/Luftnot |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Durchfall/Übelkeit/Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Kopf-/Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> Geruchs-/Geschmacksstörungen |

Keine der vorgenannten Krankheitssymptome zutreffend

2. Hatten Sie in den letzten 7 Tagen mögliche Kontakte zu Corona-Infizierten?

Kontakt zu bestätigter COVID-Infizierter? ja (falls ja, wann _____)

Nicht zutreffend

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich mich durchgehend an die geltenden Hygienevorschriften der Klinik halte.

- Tragen einer **FFP2-Maske** im **gesamten Gebäude**
- **Negatives Testergebnis** und **vollständige Symptombefreiheit**
- **Mindestabstand 1,5 m**

Das Tragen einer FFP2-Maske ist gemäß § 2 der aktuellen BayIfSMV verpflichtend.

Das Abnehmen der FFP2-Maske im Klinikgebäude gilt gemäß § 7 der BayIfSMV als Ordnungswidrigkeit und wird als diese geahndet.

Ich habe diese Information zur Kenntnis genommen und bin mit der gesetzlichen Verpflichtung bewusst.

Das Betreten der Therapiebereiche ist Besuchern untersagt.

Das **Verlassen des Klinikgebäudes** zur Nutzung der Parkanlage **geschieht auf eigene Verantwortung**.

Mit dem Verlassen der Klinik bestätige ich, dass ich nicht gegen bestehende Verhaltensregeln verstoße und den gekennzeichneten **Bereich der Außenanlage NICHT verlasse**.

Die Hinweise zu den speziellen Regelungen für Besucher habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin mit der namentlichen Registrierung einverstanden.

_____, _____, _____
Datum Name Unterzeichner Unterschrift
in Druckbuchstaben

→ Bitte geben Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt an der Rezeption ab

Ersteller:	Referentin der Klinikleitung Jessica Woolgar	Freizeichner:	KL Simone Spieler
formal geprüft:	QMB Jessica Woolgar	Freigabedatum:	27.04.2022
Version:	07	GKS_VL Selbstauskunftsbogen Besucher_Sonthofen., Ausdruck vom 28.04.2022, Seite 1 von 1	