



<b>VL Selbstauskunftsbogen</b> <b>für Ambulanz- und Elektiv-Patienten sowie Besucher</b> Kempten/Immenstadt/Sonthofen/Oberstdorf			 <b>Klinikverbund</b> <b>Allgäu</b>	
				

**Persönliche Daten (verpflichtende Angaben):**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Telefon-/Handynummer: \_\_\_\_\_

Ich bin

- PATIENT\*IN:** Termin bei (Abteilung / Arzt) \_\_\_\_\_
- BESUCHER\*IN oder BEGLEITPERSON** für folgende/n Patient/in:  
 Name Patient\*in: \_\_\_\_\_ Station / Abteilung: \_\_\_\_\_

**1. Hatten Sie in den letzten 7 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-Infizierten?  ja (falls ja, wann \_\_\_\_\_)
- Rückkehr aus einem Hochrisikogebiet in den letzten 14 Tagen?  ja
- Keiner der vorgenannten Punkte zutreffend**

**3. Geimpft, genesen, getestet?**

- Ich habe einen vollständigen Impfschutz:  ja (Impfnachweis vorhanden)
- Ich bin genesen:  ja (Genesenen-Nachweis vorhanden)
- Ich habe eine Corona-Infektion durchgemacht:  ja (Datum des positiven Tests: \_\_\_\_\_)
- Ich bin getestet:  ja (Testnachweis höchstens 24h alt)

Die Hinweise zu den speziellen Regelungen für Besucher habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der namentlichen Registrierung einverstanden.



Datum	Unterschrift	Kontrolle

**→ Bitte geben Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt auf Station / in der Abteilung ab!**

**Bitte beachten Sie:**

Das Betreten unserer Einrichtung ist nur möglich, wenn der Bogen bis hierher vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt wurde. Bitte halten Sie den Impf-/Genesenen-/Testnachweis bereit und legen Sie diesen zusammen mit diesem Selbstauskunftsbogen vor. Dies dient Ihrer Sicherheit, der Sicherheit aller uns anvertrauten Patienten sowie unserer Mitarbeiter.

verantwortlich:	Betriebsleiter Wolfgang Weinert	Freizeichner:	BL Wolfgang Weinert, KL GKS Simone Spieler, KH-Hyg. Dr. Matthias Sauter
formal geprüft:	OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	24.08.2022
Version:	11	KV_VL Selbstauskunftsbogen Patienten Besucher.docx., Ausdruck vom 24.08.2022, Seite 1 von 2	

<b>VL Selbstauskunftsbogen</b> <b>für Ambulanz- und Elektiv-Patienten sowie Besucher</b> Kempten/Immenstadt/Sonthofen/Oberstdorf			 <b>Klinikverbund</b> <b>Allgäu</b>
			 <small>Das Ruhe- und Neubauzentrum für Altersmedizin im Allgäu</small>

## Die folgenden Hinweise zum weiteren Vorgehen werden nur vom Personal ausgefüllt!

### Besucher:

- Wenn Bogen vollständig ausgefüllt wurde, kein Risikofaktor und ein aktuell gültiger negativer Testnachweis vorliegt (max. 24h alt) → Besuch im Rahmen der bestehenden Ausnahmeregelungen möglich; Besucher nimmt den Selbstauskunftsbogen mit und wird instruiert, sich beim Stationspersonal der jeweiligen Station zu melden.
- Bei Vorliegen von Symptomen oder eines möglichen Kontakts → Besuch nicht ohne weiteres möglich. **Falls Besuch dennoch erfolgen soll, besteht die Verpflichtung zur Dokumentation der Entscheidungsgrundlage durch den Arzt.**

### Ambulanz-/Elektivpatienten:

- Wenn Bogen vollständig ausgefüllt wurde und keine Symptome oder Kontakte vorliegen → Vorstellung möglich; Patient nimmt den Auskunftsbogen mit und wird instruiert, sich beim Personal der jeweiligen Ambulanz/Station zu melden
- Bei Vorliegen mind. eines Risikofaktors → telefonische Information der geplanten Station/Ambulanz mit Verpflichtung zur Klärung durch verantwortlichen Arzt

### Nur intern auszufüllen (verpflichtend für Ambulanz-/Elektivpatienten):

- Vorstellung /Aufnahme/Besuch kann nach erfolgter Überprüfung stattfinden

ggfs. Kommentar/Stellungnahme:

---



---



---

- Vorstellung/Aufnahme muss verschoben werden.
- Eine Vorstellung /Aufnahme kann aus medizinischer Indikation nicht verschoben werden, obwohl Hinweise für ein erhöhtes Risiko einer Infektion durch SARS-CoV-2 Infektion bestehen. Ich habe mich bzgl. der erforderlichen, speziellen Hygienemaßnahmen informiert und alle beteiligten und nachversorgenden Einrichtungen entsprechend informiert. (Unterschrift des Arztes zwingend erforderlich)
- Eine Vorstellung / Aufnahme kann nach durchgeführtem Antigen-Schnelltest erfolgen

Datum

Name Unterzeichner  
in Druckbuchstaben

Unterschrift

verantwortlich:	Betriebsleiter Wolfgang Weinert	Freizeichner:	BL Wolfgang Weinert, KL GKS Simone Spieler, KH-Hyg. Dr. Matthias Sauter
formal geprüft:	OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	24.08.2022
Version:	11	KV_VL Selbstauskunftsbogen Patienten Besucher.docx., Ausdruck vom 24.08.2022, Seite 2 von 2	