

# Selbstauskunft Coronavirus (SARS-CoV2)

Patienten, Besucher, Externe Personen



Marien-Krankenhaus Lübeck

*Hinweis: Ihre Kontaktdaten werden mind. 6 Wochen aufbewahrt.*

Datum des Betretens:	<b>Anlass:</b> <input type="checkbox"/> Aufnahme <input type="checkbox"/> Besuch / Begleitung	<input type="checkbox"/> Sprechstunde <input type="checkbox"/> Anderes:
Name	Vorname	
Geburtsdatum	Tel.	E-
PLZ/Ort	Straße/Hausnummer	
<b>Haben Sie Erkältungsbeschwerden?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Heiserkeit <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> Luftnot <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Geschmacksverlust <input type="checkbox"/> Fieber Seit wann fühlen Sie sich krank? _____	
<b>Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen persönlichen Kontakt (z.B. Gespräch, Umarmung) mit einer Person von der Sie wissen, dass das Coronavirus sicher nachgewiesen wurde?</b>		
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>Befinden Sie sich derzeit in einer angeordneten Quarantäne?</b>		
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>Haben Sie sich in den letzten 10 Tagen länger als 48 Stunden im Ausland bzw. in einem Risikogebiet aufgehalten?</b>		
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Wo: _____
<b>Sind sie bereits vollständig gegen eine Infektion mit dem Coronavirus geimpft?</b> (Über eine vollständige Impfung verfügt man ab dem 15.Tag nach Erhalt der 2. Impfdosis.)		
		<input type="checkbox"/> Ja                      Datum der 2. Impfung: _____ <input type="checkbox"/> Nein
<b>Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- mich an die Verhaltensanweisungen der Mitarbeiter des Marien-Krankenhaus halte</li> <li>- die Abstandsregeln mind. 1,5 m zu allen Personen einhalten werde</li> <li>- einen Mund-Nasenschutz während des gesamten Aufenthaltes im Marien-Krankenhaus trage</li> <li>- beim Eintreten und Verlassen eine Händedesinfektion durchführe</li> <li>- ich mich auf der Station an- und abmelde</li> </ul>		
<b>Zusätzlich für zugelassene Besucher:</b>		
- die Besuchszeit von 2 Stunden einhalten werde		
<i>Über persönliche Schutz- und Hygienemaßnahmen wurde ich aufgeklärt (persönlich, über Aushänge, Informationsblatt).</i>		
Datum _____ Unterschrift _____		
Bei Zuwiderhandlungen gegen die Besuchs- und Hygieneregeln sind wir gesetzlich verpflichtet, Sie aus dem Marien-Krankenhaus zu verweisen.		
<i>Wir müssen Sie darauf aufmerksam machen, dass wissentlich oder leichtfertig falsch gemachte Angaben zu zivilrechtlichen Ansprüchen gegen Sie führen und für Sie auch strafrechtliche Konsequenzen haben können. Wir sind angehalten, in diesem Fall alle rechtlichen Schritte in die Wege zu leiten.</i>		
<b>Interner Vermerk: Zugelassen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Temperatur bei Aufnahme: _____ HZ: _____		

Erarbeitet von:	Datum:	Überarbeitet/Überprüft von:	Datum:	Freigegeben von:	Datum:	Version:
Hasenjäger, Andrea Harjes, Laura	19.05.2020	Hasenjäger, Andrea	07.06.2021	Krüger, Volker	07.06.2021	009/06.2021 Seite 1 von 1