



COVID-19: Selbstauskunftsbogen

Datum: _____

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____

Tel.-Nr.: _____

Anschrift (Straße, PLZ/ Wohnort): _____

Angehöriger von:

Name: _____ Vorname: _____ Station: _____

Patient der UMM

Auftragnehmer der UMM, wissenschaftlicher Kooperationspartner usw.

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Bestand bei Ihnen in den letzten 4 Wochen der Verdacht auf und/oder der Nachweis von einer Infektion mit SARS-CoV-2? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Haben Sie aktuell Symptome einer infektiösen Erkrankung (z.B. Fieber (>37,5°C), Husten, Schnupfen, Luftnot, Kopf- oder Gliederschmerzen oder neu aufgetretene Geruchs- oder Geschmacksstörungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person (Verdacht und/oder Nachweis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet/Hochinzidenzgebiet/Virusvariantengebiet außerhalb Deutschlands (gemäß RKI)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sofern eine diese Fragen mit JA zu beantworten ist, ist **das Betreten der UMM nur für medizinische Notfälle gestattet; bitte Hinweis an den aufnehmenden Bereich!**

Ich verpflichte mich,

- während des gesamten Besuchs eine FFP-2-Maske zu tragen, einen Mindestabstand von 2 Metern zu wahren und die Regeln der Händedesinfektion einzuhalten.
- und **nehme zur Kenntnis**, dass ein – auch fahrlässiges – Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

Dringliche medizinische Indikation

.....
Unterschrift

.....
Besuch gestattet, Unterschrift Mitarbeiter/in UMM

Das Dokument ist in dem dafür vorgesehenen Sammelordner der Station oder des Bereiches vier Wochen aufzubewahren und danach zu vernichten.