

Patientinnen-/Patienten-/Angehörigenauskunft

Bitte schützen Sie sich, Ihre Angehörigen und unser Personal. Danke!

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der aktuellen Ausbreitung des Corona-Virus bitten wir Sie vorab um eine Patientinnen-/Patienten-/Angehörigenauskunft, damit wir Risiken für Sie, Ihre Angehörigen, andere Patienten und unser Personal vermeiden können. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch mögliche rechtliche Konsequenzen einer bewussten Falschauskunft.

Ich komme als

Patientin/Patient Begleitperson; Name der/des Patientin/Patienten _____ werdender Vater

1. Haben Sie **aktuell Symptome eines Atemwegsinfektes** (z. B. Husten, Schnupfen, Fieber) oder einer Magen-Darm-Infektion (z. B. Durchfall, Erbrechen)? ja nein
2. Hatten Sie in den **letzten 14 Tagen einen engen Kontakt mit Übertragungsrisiko** zu jemandem, bei dem das Corona-Virus **nachgewiesen** wurde (SARS-CoV-2 / COVID-19) oder Verdacht darauf besteht? ja nein
3. Waren Sie in den **letzten 14 Tagen in einem Gebiet mit erhöhtem SARS-CoV-2 Infektionsrisiko?** (Virusvariantengebiet/Hochrisikogebiet: Vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html; Wenn Sie aus einem der genannten Gebiete kommen, beachten Sie bitte, die aktuellen Vorgaben zur Absonderung inkl. der Sonderregelungen für Geimpfte und Genesene. Innerhalb einer Quarantänezeit ist ein Besuch im Krankenhaus ausdrücklich untersagt.) ja nein
4. Befinden Sie sich von der zuständigen Behörde (örtliches Gesundheitsamt) **zurzeit in einer angeordneten Quarantäne** (§30 IfSG) / **Beschäftigungsverbot** (§31 IfSG)? ja nein
5. Warten Sie noch auf das Ergebnis eines SARS-CoV-2 / COVID-19-Tests? ja nein
6. Gibt es eine ärztliche Empfehlung, Risikogruppen zu vermeiden? ja nein
7. Sind Sie geimpft?
Bitte Impfnachweis bereit halten und bei Zutritt unaufgefordert vorlegen. ja nein

Sie haben eine der Fragen 1–6 mit Ja beantwortet? Dann können wir Ihnen den Besuch Ihres Angehörigen derzeit leider nicht gestatten. Wenn Sie als Patientin/Patient eine Frage mit Ja beantwortet haben, wenden Sie sich bitte an Ihre/Ihren behandelnde/n Ärztin/Arzt, der dann die Dringlichkeit Ihres Besuchs prüft!

Bei entsprechendem Sachverhalt sind Ausnahmen mit entsprechenden Auflagen für Besuche nach den Vorgaben der jeweils gültigen CoBeLVO möglich.

Als **werdender Vater/Partnerin/Partner** bin ich mir bewusst, dass die Begleitung der Geburt in OP/Kreißsaal ein grundsätzlich vermeidbares Risiko für die Schwangere, das Kind und das Kreißsaal-Team bedeutet. **Während des gesamten Aufenthalts besteht die Pflicht, einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz (MNS) oder FFP-2-Maske zu tragen.** Einen Aufklärungsbogen erhalten Sie bei der Anmeldung auf Station/im Kreißsaal.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis!

Vor- und Nachname _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort) _____

Telefonnummer privat _____

mobil _____

Datum _____

Uhrzeit _____

Unterschrift _____



[Dokument zurücksetzen](#)