

Selbsterklärung Patienten V03Patient/Patientin:

Name: _____

Anschrift _____

Telefonnummer: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem individuellen Risiko bezüglich COVID 19**Infektion:**

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Ich hatte eine gesicherte Infektion mit COVID-19; wann | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Ich hatte in den letzten 2 Wochen Kontakt zu COVID-19-positiv getesteten Personen (Erklärung enge Kontaktpersonen umseitig) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Ich habe mich in einem Risikogebiet innerhalb der letzten 14 Tage aufgehalten (aktuelle Risikogebiete siehe: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Ich bin bereits gegen COVID-19 geimpft; wann letzte Impfung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich habe oder hatte in den letzten 14 Tagen folgende Symptome:

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Husten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Kopf- oder Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Geruchs-/ Geschmackstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die Angaben müssen der Wahrheit entsprechen, andernfalls könnte eine Ordnungswidrigkeit vorliegen.

Die Angaben sind freiwillig. Bitte haben Sie aber Verständnis dafür, dass wir Ihnen ohne die Angaben den Zutritt zu allen unseren Einrichtungen verwehren.

Zudem willigen Sie mit Ihrer Unterschrift ein, dass wir Ihre personenbezogenen Daten speichern und verarbeiten soweit dies zur Einhaltung der Allgemeinverfügung erforderlich ist.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

PCR-Screening nötig:**Ja:** **Nein**

Ort, Datum: _____

Unterschrift Arzt: _____

Selbsterklärung Patienten V03**Enge Kontaktpersonen zu COVID-19 infizierten Personen:**

- Personen aus demselben Haushalt
- Personen mit kumulativ mindestens 15-minütigem Gesicht- ("face-to-face") Kontakt, z.B. im Rahmen eines Gesprächs.
- Personen mit direktem Kontakt zu Sekreten oder Körperflüssigkeiten, insbesondere zu respiratorischen Sekreten eines bestätigten COVID-19-Falls, wie z.B. Küssen, Kontakt zu Erbrochenem, Mund-zu-Mund Beatmung, Anhusten, Anniesen, etc.
- Personen, die infektiösem Aerosolen im Raum ausgesetzt waren (z.B. Feiern, gemeinsames Singen oder Sporttreiben in Innenräumen ohne adäquate Lüftung).
- Medizinisches Personal mit Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall im Rahmen von Pflege oder medizinischer Untersuchung ($\leq 2\text{m}$), ohne verwendete Schutzausrüstung.
- Kontaktpersonen eines bestätigten COVID-19-Falls im Flugzeug:
 - Passagiere, in derselben Reihe wie der bestätigte COVID-19-Fall oder in den zwei Reihen vor oder hinter diesem gesessen hatten, unabhängig von der Flugzeit.
 - Besatzungsmitglieder oder andere Passagiere, sofern auf Hinweis des bestätigten COVID-19-Falls eines der anderen Kriterien zutrifft (z.B. längeres Gespräch; o.ä.).