

Vor- Nachname und Adresse:	Station im Falle eines Besuches:
Telefonnr.	Zimmer-Nr.:
Datum:	Sonstiges:

## Abfrage zu Covid-19 bei Klinikbesuchen als Patient\*in oder Besucher\*in

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nachfolgende Angaben:

- Das ich aktuell negativ auf Covid-19 getestet bin. (z.B. PoC-Antigentest nicht älter als 24 Std.)

Die Krankenhäuser sind zur Überprüfung der vorzulegenden Testnachweise durch wirksame Zugangskontrollen samt Identitätsfeststellung in Bezug auf jede Einzelperson befugt, vgl. § 3 Abs. 1 Satz 3 der 16. BayIfSMV“.

- Bei mir sind in den letzten 48 Stunden **KEINE** der folgenden Symptome aufgetreten:

- Fieber oder erhöhte Temperatur über 37,5°C
- Husten
- Halsschmerzen oder Halskratzen
- Geruchs- oder Geschmacksstörungen
- Schnupfen oder laufende Nase
- Kopf-, Glieder- und/oder Muskelschmerzen
- Durchfall

- Ich bin vollständig gegen Covid-19 (SARS-CoV-2) geimpft
- Ich wurde bereits in der Vergangenheit positiv auf Covid-19 (SARS-CoV-2) getestet und bin genesen (max vor 6 Monaten). bitte angeben in welchem Monat/Jahr: \_\_\_\_\_
- Die Hygiene- und Verhaltensregeln habe ich verstanden und werde diese konsequent einhalten.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Kontaktdaten (Name, Adresse, Telefonnummer etc.) zum Zwecke der Kontaktdatenverfolgung gespeichert werden. Die Löschung der Daten erfolgt spätestens nach 30 Tagen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Unterstützung!

Unterschrift Patient/Besucher/Erziehungsberechtigter

