

## Selbstauskunft

### Persönliche Angaben (in Druckbuchstaben):

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Name des besuchten Patienten \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen zu unser aller Schutz wahrheitsgemäß:

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Aufenthalt in einem nationalen Hotspot oder ausgewiesenen Risikogebiet?  Ja  Nein
2. Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Erkältungssymptome, wie Husten/ Schnupfen/Heiserkeit/Atemprobleme oder grippeartige Abgeschlagenheit oder Gliederschmerzen?  Ja  Nein
3. Haben Sie akut Symptome, wie Bauchschmerzen, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen?  Ja  Nein
4. Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen neu aufgetretene Störungen des Geschmacks- oder Geruchssinns?  Ja  Nein
5. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu bestätigten Corona-Fällen?  Ja  Nein

Ihre Daten werden ausschließlich zur Nachvollziehbarkeit eventueller Infektionsketten gespeichert und nach 30 Tagen vernichtet.

- Das Merkblatt über Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich erhalten.
- Ich bestätige deren Einhaltung auf dem Klinikgelände.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Handzeichen Mitarbeiter

**Für Besucher:** (vom Klinikum Fürth auszufüllen)

**Ein negativer Coronatest**  liegt vor  ist nicht erforderlich.

**Eine Zweifachimpfung** (Gültigkeit ab dem zweiten Impftermin + 15 Tage)  
 liegt vor  liegt nicht vor.