

Datum:	
Uhrzeit Eintritt / Austritt:	
Patientenname, Vorname:	
Station:	
Besuchername, Vorname:	
Anschrift:	
PLZ/Stadt:	
Telefonische Erreichbarkeit:	

A) Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen eines oder mehrere der folgenden **Symptome**?

- Fieber** ja nein
Luftnot, nicht durch eine andere Erkrankung erklärbar ja nein
Erkältung, Husten oder **Schnupfen** (nicht allergisch) ja nein
Geruchs- und Geschmacksverlust (neu aufgetreten) ja nein

B) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen **Kontakt** zu einer an „Corona“ erkrankten Person oder ja nein
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem vom **RKI ausgewiesenen Risikogebiet** oder ja nein
Stehen Sie unter vom Gesundheitsamt angeordneter **Quarantäne oder Isolierung**? ja nein

Details:

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich die nachfolgenden Punkte:
- Die oben genannten Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet.
 - Ich erkläre die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner oben genannten persönlichen Angaben.
 - Ich trage durchgehend einen Mund- und Nasenschutz.
 - Bei meinem Besuch in diesem Krankenhaus halte ich die Abstandsregelung von mind. 1,5 Metern zu allen Personen im Krankenhaus ein, auch zu meinem Angehörigen.
 - Ich habe mir bei Betreten des Krankenhauses die Hände desinfiziert und werde dies auch beim Verlassen des Krankenhauses tun.

Braunschweig, den _____, _____
Datum Unterschrift

Diese Regelungen werden auf der Grundlage der Niedersächsischen Verordnung über infektionsschützende Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Corona-Virus im Städtischen Klinikum Braunschweig gGmbH umgesetzt.