



## COVID-19: Selbstauskunftsbogen Besucher und ambulante Patienten

Datum: \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ/ Wohnort): \_\_\_\_\_

Angehöriger von:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

Auftragnehmer der UMM, wissenschaftlicher Kooperationspartner usw. mit vorübergehender Zugangsberechtigung (roXtra-ID: 62636)

ambulanter Patient der UMM

- |                                                                                                                                                                                                          | JA                       | NEIN                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Bestand bei Ihnen in den letzten 10 Tagen der Verdacht auf und/oder der Nachweis von einer Infektion mit SARS-CoV-2?                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Haben Sie aktuell Symptome einer infektiösen Erkrankung (z.B. Fieber (>37,5°C), Husten, Halsschmerzen, Luftnot, Kopf- oder Gliederschmerzen oder neu aufgetretene Geruchs- oder Geschmacksstörungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Hatten Sie in den letzten 10 Tagen Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person (Verdacht und/oder Nachweis)?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Waren Sie in den letzten 10 Tagen in einem Hochrisikogebiet//Virusvariantengebiet außerhalb Deutschlands (gemäß RKI)?                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sofern eine diese Fragen mit JA zu beantworten ist, ist **das Betreten der UMM nur für medizinische Notfälle gestattet; bitte Hinweis an den aufnehmenden Bereich!**

- |                                                                                                                                                   | JA                       | NEIN                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5) Sind Sie vollständig geimpft (2. Impfung vor mind. 2 Wochen und max. 3 Monaten) ODER sind Sie bereits geboostert?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Sind Sie genesen?<br>(Sie hatten COVID-19 nachgewiesen durch einen positiven PCR-Test, der mindestens 28 Tage und höchstens 3 Monate alt ist?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Haben Sie eine Bescheinigung eines aktuellen negativen Schnelltests?<br>(nicht älter als 24 Stunden)                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 8) Haben Sie eine Bescheinigung einer aktuellen negativen PCR-Tests ? (nicht älter als 24 Stunden)
- 9) Sind Sie genesen von COVID-19 (nachgewiesen durch positiven PCR-Test vor mindestens 4 Wochen) und einmal geimpft (vor max. 3 Monaten) oder zweimal geimpft („Boosterung“)?

Sofern keine der Fragen 5-9 mit JA beantwortet werden kann, ist **das Betreten der UMM (außer in dringlichen medizinischen Indikationen) nicht gestattet (ausgenommen Kinder unter 6 Jahren).**

Ich verpflichte mich,

- während des gesamten Besuchs eine FFP-2-Maske in patientennahen Bereichen bzw. einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz zu tragen, einen Mindestabstand von 2 Metern zu wahren und die Regeln der Händedesinfektion einzuhalten.
- und **nehme zur Kenntnis**, dass ein – auch fahrlässiges – Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

Dringliche medizinische Indikation

.....

Betreten des UMM-Geländes gestattet,  
Unterschrift Mitarbeiter/in UMM

.....  
Unterschrift

**Bitte geben Sie Ihren ausgefüllten Selbstauskunftsbogen auf Ihrer Zielstation/in Ihrem Zielbereich gleich ab.  
Herzlichen DANK!**

Das Dokument ist in dem dafür vorgesehenen Sammelordner der Station oder des Bereiches vier Wochen aufzubewahren und danach zu vernichten.