

Erklärung über den Gesundheitszustand zur Eindämmung der Corona-Pandemie

Name, Vorname

Geburtsdatum: _____

Gemäß der aktuell gültigen Fassung des Infektionsschutzgesetzes und den aktuellen Regelungen des Freistaates Sachsen sowie des Vogtlandkreises gelten in unserer Einrichtung die aktuellen Schutzmaßnahmen zur Eindämmung des Corona-Virus (SARS-CoV-2).

Beachten Sie während ihrer Behandlung in unserer Einrichtung das Abstandsgebot von mind. 1,5 m zu anderen Personen, um ein mögliches Ansteckungsrisiko für sich und andere Personen/Behandler so gering wie möglich zu halten. Zudem sind alle Patienten verpflichtet einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz (aktuell FFP2 Maske) innerhalb unseres Hauses zu tragen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich:

- die oben genannten Hinweise zur Kenntnis genommen habe und umsetzen werde.
- in den letzten 14 Tagen keinen wissentlichen Kontakt zu Personen mit einer Corona-Infektion hatte.
- nicht durch das Corona-Virus erkrankt bin (Covid-19).
- keine für eine Corona-Virus-Erkrankung typischen Symptome aufweise (z.B.: Fieber, Husten, Halsschmerzen, Beeinträchtigung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns).
- mich nicht in den letzten 14 Tagen in einem vom Robert-Koch-Institut festgelegtem Hochrisikogebiet aufgehalten habe.

Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich bei

- Auftreten von Symptomen einer Covid-19-Erkrankung wie Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Beeinträchtigung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns
- Kontakt zu einer, mit dem Virus SARS-CoV-2 infizierten Person
- Festlegung einer Quarantäne durch das Gesundheitsamt

umgehend die Einrichtung zu informieren und die Einrichtung nicht zu betreten.

- das Betretungsverbot sowie die Infektionsschutzmaßnahmen und das Hygienekonzept im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie der Einrichtung zu beachten.
- Erforderliche Dokumente zur Befreiung von der Testpflicht auf Corona lege ich im Original vor.

Falsche Angaben können erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation haben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____