

Selbstzertifizierung Covid-19

Die / der unterzeichnende Patient(in): _____
Name, Vorname

bestätigt mit ihrer/ seiner Unterschrift, **eine Person zu sein, die:**

1. **nicht** Innerhalb der letzten 14 Tage vor dem Besuch bei uns in einem ausgewiesenen internationalen Covid-19 Risikogebiet war (gem. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html), hierzu zählen:

Nordrhein-Westfalen	Italien
Iran	China
Südkorea	Frankreich
Österreich	Spanien
USA	

2. **nicht** Innerhalb der letzten 14 Tage vor dem Besuch bei uns in direktem Kontakt mit einer Person stand, die nachgewiesen mit dem Covid-19-Virus infiziert war / ist.
3. **nicht** Grippeähnliche Symptome hat, wie Fieber, Husten, Schnupfen und / oder Atembeschwerden.

Im Falle von Änderungen der genannten Punkte 1. – 3. verpflichtet sich die / der Unterzeichnende, uns umgehend zu informieren und für keine weiteren Besuche / Termine bei uns vorstellig zu werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)