

## Erklärung zum Infektionsrisiko Covid-19

**Vorname/Name:** \_\_\_\_\_  
(in Druckbuchstaben)

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**ggf. PartnerIn/Begleitperson:** \_\_\_\_\_  
(in Druckbuchstaben)

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

- A. Aufsuchender Hausbesuch in der Schwangerschaft oder nach der Geburt**  
**B. Schwangerenversorgung, Beratung oder Hilfe bei Beschwerden im Geburtshaus**

Diese Risikoabfrage dient dazu, das Infektionsrisiko für mich - als Hebamme - und uns - als Geburtshaus - einschätzen zu können und ggf. erweiterte Schutzmaßnahmen ergreifen zu können. Bitte füllt daher das Formular vor jedem persönlichen Kontakt vor Ort aus.

Wenn eine Frage mit Ja beantwortet wird (ausgenommen Punkt 6), sprechen wir das weitere Vorgehen individuell ab.

**C. Kursteilnahme Präsenzkurs (z.B. Geburtsvorbereitung oder Rückbildungsgymnastik)**

Diese Risikoabfrage dient dazu, die Kursteilnahme für euch und eurer Baby und auch für die anderen KursteilnehmerInnen zu ermöglichen. Das gilt natürlich auch für alle evtl. Begleitpersonen bei der Geburtsvorbereitung. Bitte füllt daher das Formular vor jeder Kursstunde vor Ort aus.

Wenn eine Frage mit Ja beantwortet wird (ausgenommen Punkt 6), ist die Teilnahme an betreffender Kursstunde leider nicht möglich.

|          |   | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> |
|----------|---|-----------|-------------|
| <b>1</b> | Ist oder war bei euch eine Corona-Infektion bekannt?  |           |             |
| <b>2</b> | Habt oder hattet ihr in den letzten 4 Wochen eines oder mehrere der folgenden Symptome:<br>Husten, Erhöhte Temperatur oder Fieber, (nicht schwangerschaftsbedingte) Kurzatmigkeit, Verlust Geruchs-/ Geschmackssinn, Schnupfen, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen, allgemeine Schwäche, Übelkeit/Erbrechen? |           |             |
| <b>3</b> | Hattet ihr in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit nachgewiesener Covid-19-Infektion?   |           |             |
| <b>4</b> | Hattet ihr in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person mit den unter 2. genannten Symptomen  |           |             |
| <b>5</b> | Hattet ihr in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die unter Quarantäne steht?   |           |             |
| <b>6</b> | Seid ihr genesen oder vollständig geimpft?  |           |             |

**Hiermit erkläre(n) ich/wir, die obergenannten Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben!**

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift Begleitperson: \_\_\_\_\_

Status am:

\_\_\_\_\_  Unverändert  tagesaktueller Test negativ \_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  Unverändert  tagesaktueller Test negativ \_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  Unverändert  tagesaktueller Test negativ \_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  Unverändert  tagesaktueller Test negativ \_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  Unverändert  tagesaktueller Test negativ \_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  Unverändert  tagesaktueller Test negativ \_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  Unverändert  tagesaktueller Test negativ \_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  Unverändert  tagesaktueller Test negativ \_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  Unverändert  tagesaktueller Test negativ \_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  Unverändert  tagesaktueller Test negativ \_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  Unverändert  tagesaktueller Test negativ \_\_\_\_\_  
Unterschrift