

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. Schwangerenvorsorge, 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.

		Ja	Nein
1	Ist oder war bei euch eine Corona-Infektion bekannt? Wenn ja, wann war das Test-Ergebnis positiv?: _____		
2	Habt oder hattet ihr in den letzten 4 Wochen eines oder mehrere der folgenden Symptome: Husten, Erhöhte Temperatur oder Fieber, (nicht schwangerschaftsbedingte) Kurzatmigkeit, Verlust Geruchs-/ Geschmackssinn, Schnupfen, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen, allgemeine Schwäche, Übelkeit/Erbrechen?		
3	Hattet ihr in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit nachgewiesener Covid-19-Infektion?		
4	Seid ihr zur Grundimmunisierung vollständig geimpft? Wann läuft die Gültigkeit des Nachweises darüber ab?: _____		
5	Habt ihr eine Auffrischimpfung erhalten?		

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

Datum: _____ Unterschrift(en): _____
Status am:

_____ Unverändert tagesaktueller Test negativ _____
Unterschrift(en)

_____ O Unverändert O tagesaktueller Test negativ _____

Unterschrift(en)