

# Erklärung zum Infektionsrisiko Covid-19



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

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

*Zum Schutz von Mutter und Kind sind keine Begleitpersonen erlaubt!*

**A: In der Hebammenpraxis: Schwangerenvorsorge, Hebammensprechstunde, Beratung/Hilfe bei Beschwerden/Therapie, Nachsorge-Begleitung**

Diese Risikoabfrage dient dazu, das Infektionsrisiko in der Hebammenpraxis einschätzen zu können und ggf. erweiterte Schutzmaßnahmen treffen zu können. Bitte füllen Sie daher das Formular **vor** jedem persönlichen Kontakt aus.

Wenn eine Frage mit **JA** beantwortet wird, sprechen wir das weitere Vorgehen per **Videosprechstunde** individuell ab. Es sind dann nur Online-Videterminale möglich.

**B: Hausbesuche nach der Geburt nur bei negativem PCR-Test aller Familienmitglieder**

**C: Kursteilnahme Präsenzkurs ( je nach Inzidenzwert)**

Diese Risikoabfrage dient dazu, die Kursteilnahme für Sie und Ihr Kind und auch für die anderen Kursteilnehmerinnen zu ermöglichen. Das gilt natürlich auch für eventuelle Begleitpersonen bei der Geburtsvorbereitung (je nach Inzidenzwert). Bitte füllen Sie daher das Formular vor jeder Kursstunde aus. Wird eine Frage mit **JA** beantwortet, ist die Teilnahme an der betreffenden Kursstunde nur Online möglich!

		Nein	Ja
1.	Ist oder war bei Ihnen eine Corona-Infektion bekannt?		
2.	Wenn ja wann?		
3.	Haben oder hatten Sie in den letzten 4 Wochen eines oder mehrere dieser Erkrankungssymptome: <b>Husten, erhöhte Temperatur oder Fieber, (nicht SS-bedingt) Kurzatmigkeit, Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn, Schnupfen, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen, allgemeine Schwäche, Erbrechen oder Durchfall?</b>		
4.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit nachgewiesener Covid-19 Infektion?		
5.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit dem unter 2. genannten Symptomen?		
6.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die unter Quarantäne steht?		
7.	Waren Sie in den letzten 14 Tagen Kontaktperson I. II. oder III. Grades ?		
8.	Hatten Sie in den letzten 5 Tagen Krankenhaus-Kontakt		

Corona-Selbsttest durchgeführt

Datum: : \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Uhrzeit Foto: \_\_\_\_\_ (15 Min.)

Foto in der Praxis vorgezeigt: \_\_\_\_\_ (Handzeichen Praxis)

Hiermit erkläre ich, die oben genannten Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

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

**Bitte bei jedem Hebammentermin die aktuell ausgefüllte Risikoabfrage unterschrieben mitbringen.**