Ein Bild, das Zeichnung enthält.

Automatisch generierte Beschreibung**Erklärung zum Infektionsrisiko Covid-19**

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

ggf. Partner/Begleitperson: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(in Druckbuchstaben)

**A: aufsuchender Hausbesuch in der Schwangerschaft oder nach der Geburt   
B: Schwangerenvorsorge, Beratung oder Hilfe bei Beschwerden in der Hebammenpraxis**

Diese Risikoabfrage dient dazu,das Infektionsrisiko für mich – alsHebamme – einschätzen zu können und ggf. erweiterte Schutzmaßnahmen treffen zu können. Bitte füllen Sie daher das Formular vor jedem persönlichen Kontakt aus und schicken es mir unterschrieben als Scan/Fotoper MailMailadresse oder SMSHandynummer zu.   
Wenn eine Frage mit **Ja** beantwortet wird, sprechen wir das **weitere Vorgehen individuell** ab.

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

Diese Risikoabfrage dient dazu, die Kursteilnahme für Sie und IhrKind und auch für die anderen Kursteilnehmer\*innen zu ermöglichen. Das gilt natürlich auch für eventuelle Begleitpersonen bei der Geburtsvorbereitung. Bitte füllen Sie daher das Formular vor jeder Kursstunde aus und schicken es mir unterschrieben als Scan/ Foto per Mail Mailadresse oder SMS Handynummer zu.   
Wird eine Frage mit Ja beantwortet, ist die Teilnahme an der betreffenden Kursstunde leider nicht möglich.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nein** | **Ja** |
| **1.** | Ist bei Ihnen eine Corona-Infektion bekannt? |  |  |
| **2.** | War bei Ihnen eine Corona-Infektion bekanntund liegt diese kürzer als 28 Tage zurück? |  |  |
| **3.** | Haben oder hatten Siein den letzten 4 Wochen eines oder mehrere dieser Erkrankungssymptome:  Husten, erhöhte Temperatur oder Fieber, (nicht schwangerschaftsbedingte) Kurzatmigkeit, Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn, Schnupfen, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen, allgemeine Schwäche, Erbrechen oder Durchfall? |  |  |
| **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 den unter 2. genannten Symptomen? |  |  |
| **6.** | Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die unter Quarantäne steht? |  |  |

**Hiermit erkläre(n) ich/wir, die oben genannten Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.**

Ort/Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Partner/Begleitperson: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname NameStraßePLZ Ort

TelefonE-Mail-Adresse

zuständige Aufsichtsbehörde: Gesundheitsamt XXX Stand XXX