

Erklärung zum Infektionsrisiko Covid-19



STARK IN DER KRISE
DAMIT FRAUEN SICHER GEBÄREN KÖNNEN
IHRE HEBAMMEN

Eine Initiative des LANDESBUNDES DER HEBAMMEN
in Kooperation mit dem
Deutschen Hebammenverband e.V.

Vorname/ Name: _____
(in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum: _____

ggf. Partner/Begleitperson: _____
(in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum: _____

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 – als Hebamme – 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/Foto per Mail Mailadresse oder SMS Handynummer 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 Ihr Kind 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 oder war bei Ihnen eine Corona-Infektion bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Haben oder hatten Sie in 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit nachgewiesener Covid-19 Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit den unter 2. genannten Symptomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die unter Quarantäne steht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift Partner/Begleitperson: _____

Vorname Name _____ Straße _____ PLZ Ort _____
Telefon _____ E-Mail-Adresse _____
zuständige Aufsichtsbehörde: Gesundheitsamt XXX _____

Stand Datum _____