



# 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 – 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 bei Ihnen eine Corona-Infektion bekannt?  |      |    |
| 2. | War bei Ihnen eine Corona-Infektion bekannt und liegt diese kürzer als 28 Tage zurück?  |      |    |
| 3. | Haben oder hatten Sie in den letzten 4 Wochen eines oder mehrere dieser Erkrankungssymptome:<br>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 3. 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: \_\_\_\_\_