

Erklärung über eine Infektion mit einem aerogen übertragbaren Virus

Ich, der/die Unterzeichnende
geboren am
Stationäre Aufnahme am
Fachabteilung
Krankenhaus/Klinik

Hiermit erkläre ich, dass ich vor dieser Behandlung Vorkehrungen zum Schutz vor einer Infektion mit aerogen übertragbaren Erregern getroffen habe, indem ich seit dem in geschlossenen Räumen und öffentlichen Verkehrsmitteln eine Maske des Typs FFP2 oder FFP3 getragen habe.

Am wurde eine Analyse vorgenommen mittels
..... PCR-Test
..... Antigentest
..... PoC-Nat

dessen/deren Resultat/e negativ auf waren.

Ich stelle fest, dass das Krankenhaus/die Klinik keine systematischen Abstrichuntersuchungen auf SARS-CoV-2 oder andere aerogen übertragbare Erreger bei PatientInnen vor elektiven Aufnahmen oder Operationen durchführt. Das systematische Tragen eines Atemschutzes (FFP2/FFP3) außerhalb des Patientenzimmers (oder innerhalb des Zimmers bei Doppelbelegung) für PatientInnen und ihre Angehörigen sowie für das Gesundheitspersonal während des Patientenkontakts wird nicht verlangt, obwohl allgemein bekannt ist, dass die Übertragung von Viren wie SARS-CoV-2 hauptsächlich aerogen erfolgt.

Diese Vorgehensweise wurde mir bestätigt von, die/den ich gebeten habe, untenstehend zu unterschreiben und die/der einverstanden war/verweigert hat, dies zu tun.

Demzufolge halte ich das Krankenhaus/die Klinik für eine Ansteckung mit aerogen übertragbaren Erregern, die ich mir während meines Krankenhausaufenthaltes zuziehe, für verantwortlich. Die Ansteckung wäre dann mutmaßlich nosokomialer Natur.

Unterzeichnet in..... am.....
in zweifacher Ausfertigung, wovon ein Exemplar ausgehändigt wird an
mit der Bitte um Aufnahme in meine Krankenakte.