

---

## Selbstbescheinigung für ambulante Patienten und Begleiter (Akutsomatik, Rehabilitation und RAMI)

---

Sehr geehrte(r) Patient(in)

Trotz strenger Einhaltung der Hygiene- und Sicherheitsvorschriften kann nicht ausgeschlossen werden, dass es in Gesundheitseinrichtungen zu neuen COVID-19-Infektionen kommen kann, auch wenn diese sehr gering sind. In diesem Sinne sind die Gesundheitseinrichtungen, gemäss Weisungen des Kantonsarztamtes, verpflichtet, bei Personen welche Gesundheitseinrichtungen betreten, das *Contact Tracing einzuhalten*, damit Sie im Falle eines versehentlichen Kontaktes mit dem Virus, sofort kontaktiert werden können.

Die auf diesem Formular angegebenen persönlichen Daten werden maximal 14 Tage lang aufbewahrt und anschliessend gelöscht, sofern keine Benachrichtigung erfolgte. Das EOC hat sich zu technischen und organisatorischen Massnahmen verpflichtet, den Schutz der hier selbstbescheinigten Daten zu gewährleisten. Diese Selbstbescheinigung ist für den vorgesehenen Tag des Besuches auszufüllen; diese kann zu Hause durch Herunterladen von der Website [www.eoc.ch](http://www.eoc.ch) oder am Eingang des Krankenhauses, ausgefüllt werden.

Die / der unterzeichnende Patient(in):

NAME \_\_\_\_\_

VORNAME: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (für den Fall, dass Sie kontaktiert werden müssen): \_\_\_\_\_

Ich gehe heute für einen Arztbesuch / Beratung / ambulante Untersuchung ins Krankenhaus

---

Aufgrund von Bewegungs-/Orientierungsschwierigkeiten und/oder der Notwendigkeit, eine Vertrauensperson zu haben, die beim Verstehen von Erklärungen zu Diagnose, Untersuchungen oder Behandlung helfen kann, wird der Patient von einer (über 16 Jahre alten) Person begleitet:

NAME : \_\_\_\_\_

VORNAME : \_\_\_\_\_

Mit den Unterschriften erklären der Patient und die Begleitperson, dass sie:

1. Es liegen keine Symptome vor, die mit COVID-19 übereinstimmen: akute Atemwegsinfektion (Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit, Brustschmerzen, ...) und / oder Fieber und / oder plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns und / oder akute Verwirrtheit oder Verschlechterung des Zustands und/oder Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche, Magen-Darm-Symptome, Hautausschlag;
2. dass Sie nicht der obligatorischen Quarantäne zu Hause unterliegen und/oder dass es keine Gründe gibt, warum Sie sich z.B. für eine Quarantäne beim kantonalen Gesundheitsamt melden sollten (z.B. Kontakt mit Menschen, die von COVID-19 betroffen sind)

Im Besitz eines COVID-Zertifikats oder eines negativen PCR-Abstrichs (gültig für 72 Stunden) oder antigen (gültig für 24 Stunden) sein.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient(in) \_\_\_\_\_ Unterschrift Begleiter(in): \_\_\_\_\_

*Mit der Unterzeichnung dieser Selbstzertifizierung bestätigen der Patient und die Begleitperson die Richtigkeit der geschriebenen Angaben und sind bereit, diese auf Anfrage nachzuweisen. Falsche Angaben können einen Verstoß gegen die kantonalen Bestimmungen und alle anderen anwendbaren Vorschriften des COVID- und Epidemiengesetzes darstellen können. Die Person, die die falsche Erklärung abgibt, kann bei der zuständigen Behörde angezeigt werden.*