



## **AUFKLÄRUNG ÜBER INFEKTIONSRISIKO MIT DER VIRUSERKRANKUNG COVID-19, VERURSACHT DURCH DAS SARS-CoV-2 VIRUS**

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

wir führen aktuell bei allen unseren Patienten, auch solchen ohne typische Symptome einer Infektion mit SARS-CoV-2 Virus, am Aufnahmetag sowie in regelmäßigen Abständen während des stationären Aufenthaltes Coronavirus-Abstriche durch. Dennoch besteht für Sie als **Besucherin/als Besucher** unseres Hauses trotz zusätzlicher Maßnahmen und Regelungen (u. a. Atemschutzmasken für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und erweiterte Hygiene- und Desinfektionsmaßnahmen) ein im Vergleich zur häuslichen Quarantäne **erhöhtes Risiko**, sich während ihres Besuches in unserem Krankenhaus mit dem SARS-CoV-2 Virus anzustecken.

Dies kann unter Umständen zu schweren bis lebensbedrohlichen Verläufen der Erkrankung *Covid-19* führen.

**Mit der unten geleisteten Unterschrift nehme ich das oben dargelegte Infektionsrisiko zur Kenntnis. Ich verzichte in Kenntnis des oben genannten Risikos im Falle einer möglicherweise in der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH erfolgten Ansteckung mit dem SARS-CoV-2 Virus auf jegliche Regressansprüche gegen die St. Vincenz-Krankenhaus GmbH. Ich habe in Bezug auf das Ansteckungsrisiko und dadurch bedingte mögliche lebensbedrohliche Folgeerkrankungen keine weiteren Fragen.**

---

Ort, Datum

---

Vorname und Zuname in Druckbuchstaben

---

Unterschrift