



Erklärung zum Infektionsrisiko Covid-19 – Betreuung in der Hebammenpraxis

Die momentane Covid-19-Situation erfordert eine konsequente Einhaltung der Hygiene- und Abstandsregeln. Aus diesem Grund möchte ich hier das Wichtigste für die Betreuung und Behandlung in der Hebammenpraxis aufzuführen:

- Bitte kommen Sie erst kurz vor Ihrem Termin, da ich den Wartebereich geschlossen halten muss. Bitte halten Sie auch vor der Eingangstüre den Abstand von mindestens 1,5m ein und tragen eine Mund-Nasen-Bedeckung
- Die Praxis darf nur mit einer medizinischen Mund-Nasen-Bedeckung oder einer FFP2-Maske betreten werden.
- Vor der Betreuung sind die Hände zu waschen und / oder zu desinfizieren.
- Die Hebammenpraxis wurde vorher gelüftet und desinfiziert. Wann immer möglich wird der Abstand von 1,5m eingehalten.
- Sollten Sie, ein Familien- oder Haushaltsangehöriger unter Quarantäne stehen, auf ein Testergebnis warten oder direkten Kontakt zu einem Covid-19-Patient gehabt haben, bitte ich Sie, mir Bescheid zu geben. Wir können den Termin dann gerne per Video-Sprechstunde abhalten.
- Sollten Sie eine Befreiung der Maskenpflicht haben, geben Sie mir bitte rechtzeitig vor unserem Termin Bescheid!

Auch ich halte mich streng an die mir von der Regierung, dem Verband und der Berufsgenossenschaft auferlegten Regelungen.

Diese Risikoabfrage dient dazu, das Infektionsrisiko für mich – als Hebamme – einschätzen zu können und ggf. erweiterte Schutzmaßnahmen treffen zu können.

Bitte füllen Sie dieses Formular vor jedem persönlichen Kontakt aus und schicken es mir unterschrieben vor dem Termin per Mail an julia@hebamme-schwaigern.de zu.

Name Geburtsdatum

ggf. Partner / Begleitperson:

Name Geburtsdatum

Wenn eine Frage mit Ja beantwortet wird, sprechen wir das weitere Vorgehen individuell ab.

	Nein	Ja
Ist bei Ihnen eine Corona-Infektion bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War bei Ihnen eine Corona-Infektion bekannt und liegt diese kürzer als 28 Tage zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie in den letzten 4 Wochen eines oder mehrere dieser Symptome: <ul style="list-style-type: none">- Husten- erhöhte Temperatur oder Fieber (über 38°C)- (nicht schwangerschaftsbedingte) Kurzatmigkeit- Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn- Schnupfen- Halsschmerzen- Kopf- und Gliederschmerzen- allgemeine Schwäche- Erbrechen oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Person mit nachgewiesener Covid-19-Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit den oben genannten Symptomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die unter Quarantäne steht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen Sie oder eine in Ihrem Haushalt lebende Person unter einer vom Gesundheitsamt verordneten Quarantäne, da Sie Kontakt zu einer Person hatten, die positiv auf das Coronavirus getestet wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ort Datum

Unterschrift Begleitperson