

**Einwilligungserklärung der/des Versicherten
betreffend Aufnahme und Verhaltensregeln
während des stationären Rehabilitationsverfahrens**

Vorname/Name: _____

Adresse: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Ich werde auf eigenen Wunsch zur Rehabilitation im Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs aufgenommen.

Ich erkläre, dass ich - soweit mir bekannt ist - nicht mit dem Coronavirus infiziert bin und auch meines Wissens in den letzten zwei Wochen keinen Kontakt mit Virusträgern gehabt habe. Ich weise auch keine Symptome auf, von denen mir bekannt ist, dass diese auf die Möglichkeit einer Erkrankung mit COVID 19 hinweisen (z.B. Fieber, Husten, Atemnot, Halsschmerzen, plötzlicher Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinns).

Das Rehabilitationszentrum wird sorgfältig die für die Erbringung stationärer Gesundheitsdienstleistungen empfohlenen Hygiene- und Vorkehrungsmaßnahmen treffen, die geeignet sind, das Risiko einer Infektion mit dem Coronavirus zu minimieren. Ich nehme aber ausdrücklich zur Kenntnis, dass trotz sorgfältiger Einhaltung dieser Maßnahmen die Gefahr einer Infektion mit COVID-19 nicht zur Gänze ausgeschlossen werden kann und eine - wenn auch geringe - Möglichkeit besteht, dass ich mich trotz Einhaltung aller Sorgfaltsmaßnahmen im Rehabilitationszentrum mit COVID 19 anstecke.

Ich werde daher aus diesem Umstand keinerlei Ansprüche welcher Art auch immer gegen die Rehabilitationseinrichtung ableiten.

Weiters erkläre ich aufgrund eigener, frei verantwortlicher Entscheidung, folgende Verhaltensregeln während meines gesamten stationären Rehabilitationsverfahrens einzuhalten:

- Tragen einer Mund-Nasenschutzmaske
- Einhalten der Hygiene- und Abstandsregeln
- Kein Besuch von Gastronomiebetrieben
- Keine Ausgänge mit fremden Personen
- Besucherregelungen lt. aktuellen Rahmenbedingungen – Aktualisierungen siehe www.herz-kreislauf.at

In Zusammenhang mit den angeführten Verhaltensregeln willige ich ein, dass bei einem Verstoß einer solchen das Rehabilitationsverfahren umgehend beendet wird.

Ort / Datum

Unterschrift Versicherter