

## Besucher-Zettel und Erklärung-Selbstauskunft

**BESUCHER\*in:** \_\_\_\_\_  
 (Mobil-) Telefon: \_\_\_\_\_  
 Straße Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Besuchsdatum: \_\_\_\_\_  
 Uhrzeit: von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
**BEWOHNER\*in** \_\_\_\_\_  
 Zimmer Nr.: \_\_\_\_\_

### Angaben

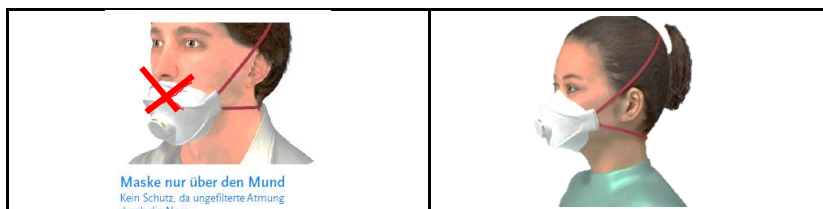
		JA	NEIN
!	Ich hatte in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer COVID-19 positiven Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
!	Ich habe in der letzter Zeit einen Verlust des Geruchssinns und / oder des Geschmackssinns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
!	Ich bin heute <b>frei von</b> Erkältungssymptomen (Husten, Fieber, ...) und <b>nicht</b> an Covid 19 erkrankt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Nachweise

		JA	NEIN
!	Ich <b>kann einen aktuellen negativen Schnelltest vorweisen</b> bzw. lasse ihn im Haus machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Regeln

✓ Atenschutzmaske ohne Filter direkt über der Nase tragen



✓

**Desinfizieren** der Hände beim Betreten, nach der Toilette und beim Verlassen der Einrichtung

✓

Sicherheitsabstand von mind. **1,5 Metern immer** einhalten. Kein direkter Kontakt.

✓

Ausschließlicher Aufenthalt im Zimmer oder Garten

✓

**Nicht alleine verlassen** der Einrichtung (Schwesternruf betätigen)

✓

**Betretungsverbot:** Mir ist bewusst, dass ich die Einrichtung für mind. 14 Tage nicht betreten darf, wenn ich ein positives Ergebnis habe

Hiermit bestätige ich, dass ich obige Angaben wahrheitsgemäß getätigt habe und in die Besuchs- u. Hygieneregeln der Pflegeeinrichtung eingewiesen wurde, mit denen ich einverstanden bin. Den Anweisungen des Personals muss ich folge leisten, um alle Bewohner\*innen und Mitarbeiter\*innen der Einrichtung zu schützen.

Hiermit erkläre ich, umgehend die Leitung dieser Einrichtung zu informieren, sollte ich in den Tagen nach dem Besuch Symptome zeigen, die auf eine Sars-CoV-2 Infektion bzw. COVID-19 Erkrankung (Corona) hindeuten. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten vier Wochen aufbewahrt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

**Testnachweis/ Impfnachweise/ Genesenen Nachweise wurde eingesehen :** \_\_\_\_\_

Unterschrift Mitarbeiter