

Datum: _____

Name, Vorname: _____

ggf. Firma: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Besuchte*r Bewohner*in: _____ Bereich: _____

Uhrzeit von: _____ bis: _____

- Ist bei Ihnen in den letzten zwei Wochen eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert worden?
 - ja nein
- Hatten Sie in den letzten zwei Wochen Kontakt zu einer Person, die an COVID-19 erkrankt ist?
 - ja nein
- Sind bei Ihnen in den letzten zwei Wochen Symptome¹ einer Covid-19-Infektion aufgetreten?
 - ja nein
- Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen in einem ausgewiesenen Risikogebiet aufgehalten?
 - ja nein

Einweisung in die Hygienemaßnahmen:

- Beim Betreten und Verlassen der Einrichtung muss eine Händedesinfektion im Eingangsbereich erfolgen.
- **Das Betreten und Verlassen des Bewohnerzimmers erfolgt auf dem direkten Weg und ausschließlich per Treppenhaus, sofern keine Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates vorliegen.**
- Während des gesamten Aufenthalts in der Einrichtung ist eine FFP2-Maske zu tragen.
- Der Mindestabstand von 1,5 Metern zu allen Personen ist einzuhalten.
- Es darf keinerlei Körperkontakt erfolgen (kein Händeschütteln, keine Umarmungen, etc.).

Hiermit versichere ich, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bewusst, dass ich bei einer Falschaussage Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen der Einrichtung einem zusätzlichen Risiko aussetze. Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass ich die Hygieneregeln verstanden habe und umsetze.

Die Geschäftsführung behält sich vor, Zuwiderhandlungen dem Gesundheitsamt zu melden, zur Anzeige zu bringen und ein Hausverbot zu erteilen; es kann zu einer Schadensersatzklage kommen.

 Unterschrift Besucher*in

Kontrolle durch Mitarbeiter*in:

 Name, Vorname

Symptome¹ vorhanden?
 ja nein **Temperatur (in °C):** _____

Ein negatives PoC-Antigen-Testergebnis (tagesaktuell), ein Genesungsnachweis oder ein voller Impfschutz (2. Impfung vor mehr als 14 Tagen) liegt vor.

 Ja Nein

¹ **Symptome:** Fieber, Husten, Schnupfen, Kurzatmigkeit/Atemnot, Halsschmerzen, verstopfte Nase, Muskel- und Gelenkschmerzen, Fehlen von Geruchs- und Geschmackssinn, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Konjunktivitis, Hautausschlag, Apathie, Somnolenz

Freigabe	Bearbeitung	Dokumentenlenkung	Änderungsstand	Datum	Seite
Hr. Nielsen	Fr. Budde	F 178	12	23.11.2021	Seite 1 von 1