
Bestätigung des Besuchers

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Besucher Bewohner: _____

1. Ich habe mich vor meinem Besuch vergewissert, dass ich keine erhöhte Körpertemperatur aufweise. Die Temperatur ist erhöht, wenn der gemessene Wert über 37,9 Grad liegt.
2. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, zum Zeitpunkt des Besuches keinerlei Symptome aufweise, die im Zusammenhang mit einer CoViD19-Infektion stehen könnten. Diese Symptome können sein: Fieber, Husten, Kurzatmigkeit, Schnupfen, Halsschmerzen, verstopfte Nase, Kopfschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Übelkeit / Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, gerötete / entzündete Augen, Hautausschlag, Verlust der Sprache, Benommenheit, Schläfrigkeit.
3. Ich habe mich in den letzten 14 Tagen in keinem der aktuell ausgewiesenen Risikogebiete aufgehalten.
4. Ich hatte in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer positiv auf CoVid19 getesteten Person.
5. Ich halte mich an die Hygieneregeln und die Weisungen des Hauspersonals bezüglich der Besuchsregelung, u.a. Besuche nur im Bewohnerzimmer.
6. Ich halte während meines Besuches mindestens 1,5 Meter Abstand zu Dritten.
7. Ich bin in die hausspezifischen Hygieneregeln eingewiesen worden.
8. Ich kann einen aktuellen (24h) POC-Antigen-Schnelltest (Testzentrum) vorlegen.
ja **nein**

Unterschrift: _____

Wird vom Personal der Einrichtung ausgefüllt:

9. Der Besucher konnte einen akzeptierten negativen POC-Antigen-Schnelltest (nicht älter als 24 Std.) oder PCR-Test (nicht älter als 48 Std.) vorlegen. **ja** **nein**

Unterschrift MA: _____