

## Bestätigung von Angehörigen beim Besuch von Bewohnern

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. max. zwei Besucher pro Bewohner und Besuchstag.
6. Ich halte während meines Besuches mindestens 1,5 Meter Abstand zu Dritten.
7. Ich bin in die hausspezifischen Hygieneregeln eingewiesen worden.
8. Ich konnte einen akzeptierten negativen CoVid-Schnelltest vorlegen.  
**ja**  **nein**
9. Ich stimme einem CoVid-Schnelltest durch die MA des Erasmus Alberus-Haus zu und akzeptiere alle daraus resultierenden Maßnahmen und Folgen  
**ja**  **nein**

Unterschrift: \_\_\_\_\_