

# Erklärung zu Besuchen / Kontakten Haus der Senioren Marktbreit

Vorname Name \_\_\_\_\_  
1. Person \_\_\_\_\_ 2. Person \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name Bewohner\*in/Dienstleister \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Beginn:** \_\_\_\_\_ Uhr

	<u>1. Person</u>	<u>2. Person</u>
Temperatur _____ > 37,5°	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkältungssymptomatik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet/Hochinzidenzgebiet (lt. RKI)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kontakt zu einem Verdachts- oder bestätigtem Coronafall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sollte **eine** der **Fragen** mit „ja“ beantwortet werden, kann ein Besuch erst nach ausdrücklicher Genehmigung durch die Einrichtungsleitung erfolgen.

**Vor dem Betreten des Wohnbereichs bzw. vor dem Besuch ist folgender Nachweis vorzulegen:**

## **Negativer Coronatest:**

	<u>1. Person</u>	<u>2. Person</u>
<input type="checkbox"/> PoC-Antigenschnelltest (nicht älter als 24 Stunden)	_____ Datum	_____ HdZ. MA
<input type="checkbox"/> PCR-Test (nicht älter als 24 Stunden)	_____ Datum	_____ HdZ. MA

**Genesen:**  ja

Nachweis durch positiven Test älter 28 Tage und jünger als 6 Monate oder positiven Test älter als 6 Monate / Bescheinigung über die Anordnung der Isolation nach einem positiven PCR-Test + Impfung

	<u>1. Person</u>	<u>2. Person</u>
<b><u>Geimpft:</u></b> <input type="checkbox"/> ja	_____ HdZ. MA	<input type="checkbox"/> ja _____ HdZ. MA

**die abschließende Impfung muss mindestens 14 Tage zurückliegen**

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorgeschriebenen Hygienemaßnahmen (Tragen einer FFP2-Maske bzw. medizinischen Gesichtsmaske bei vollständig geimpften oder genesenen Besucher\*innen, Waschen bzw. Desinfizieren der Hände sowie Einhalten eines Mindestabstandes von 1,50m) und den Verzicht auf körperlichen Kontakt (Hände schütteln, Umarmen usw.) durchgängig einhalten werde.

Dies gilt auch, wenn der Bewohner/die Bewohnerin mit nach Hause oder zu anderen Orten mitgenommen wird.

Unterschrift/en: \_\_\_\_\_  
1. Person \_\_\_\_\_ 2. Person \_\_\_\_\_

AWO HdS	QMH V	II-3.3.-Lenkung von Dokumenten		FO COR 14 Erklärung Besuche	
<b>Erstellt</b>	<b>Geprüft</b>	<b>Freigabe</b>	<b>Version</b>	<b>Datum</b>	<b>Seite</b>
QBE	int. Krisenstab	EL	2.0	16.09.2021	Seite 1 von 1