

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 | _____ Datum HdZ. MA |
| <input type="checkbox"/> PCR-Test (nicht älter als 24 Stunden) | _____ Datum HdZ. MA | _____ 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> |
|--|------------------|---|
| <u>Geimpft:</u> <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 | |
| Erstellt | Geprüft | Freigabe | Version | Datum | Seite |
| QBE | int. Krisenstab | EL | 2.0 | 16.09.2021 | Seite 1 von 1 |