Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem nderungsdienst

Wohnen & Pflegen Heidelberg

Sehr geehrte/r Besucher-/innen,

um unsere Bewohner und Mitarbeiter bestmöglich vor dem Coronavirus (SARS-CoV-2) zu schützen, bitten wir Sie um Beantwortung der nachfolgenden Fragen und Einhaltung unserer Hygienevorgaben.

Name, Vorname (besuchende Person)	
Adresse	
Telefonnummer	
Besuchte Personen: (Name, Vorname, ggf. Wohnbereich)	
Grund des Besuchs	☐ Angehörigenbesuch ☐ therapeutische Behandlung ☐ Visite ☐ Seelsorge ☐ Sonstiges
1. Ich oder Angehörige meines Hausstandes befinde/n mich/sich aktuell in einer angeordneten Quarantäne /häuslichen Isolierung wegen: • Nachweis von SARS-CoV-2 • Kontaktperson zu SARS-CoV-2 positiver Person • Rückreise aus Risikogebiet nach RKI • Warten auf Testergebnis nach Corona-Abstrich	☐ Wenn ja: ☐ Nein Grund:
2. Ich oder Angehörige meines Hausstandes haben aktuell folgende Symptome: • Husten, Schnupfen, Halsschmerzen • Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn • Fieber (Messung möglich)	☐ Wenn ja, welche: ☐ Nein Symptome: Temp. Messung: _____°C
3. Ich hatte in den letzten 14 Tagen, ohne MNS • Kontakt zu Person mit SARS-CoV-2 Nachweis • rote Corona-Warn-App Meldung „erhöhtes Risiko“	☐ Ja ☐ Nein
Wenn eine der Fragen Nr. 1 - 3 mit Ja beantwortet wird, ist der Besuch ausgeschlossen.	
4. Ich war in den letzten 14 Tagen im Ausland in einem Risikogebiet entspr. RKI oder in Deutschland in einer Region mit mehr als 50 SARS-CoV-2 Neuinfizierten pro 100.000 Einwohner in 7 Tagen	☐ Ja ☐ Nein Antigen-Schnelltest Ergebnis: _____ Negative PCR (max. 48h alt) liegt vor ☐ Ja
Wenn die Frage Nr. 4 mit Ja beantwortet wird: **Zutritt nur mit negativem SARS-CoV-2-PCR (max. 48h alt) oder mit FFP2-Maske. Zudem werden stichprobenartig SARS-CoV-2 Antigen-Schnelltests durchgeführt.**	

☐ Ich bestätige, dass ich über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen des Covid-19 nach § 17 DSG-EKD informiert wurde.

☐ Ich bestätige, dass ich über die Schutzmaßnahmen aufgeklärt wurde und versichere die Einhaltung der folgenden Maßnahmen:

- Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (MNS) während des gesamten Aufenthalts in der Einrichtung
- Tragen weiterer Schutzkleidung (Schutzkittel, Handschuhe) nach Vorgabe des Personals
- Husten- & Niesetikette (Niesen in Ellenbeuge, Wegdrehen von Personen beim Niesen)
- Durchführung der Händedesinfektion gemäß Einweisung/Information
- Kein Körperkontakt zum Bewohner oder anderen Personen in der Einrichtung
- Einhalten des Mindestabstands (mindestens 1,5 m) zu allen Personen
- Der Besuch wird ggf. durch Personal begleitet

_____

Ort, Datum Unterschrift Besucher

Betreten der Einrichtung (Uhrzeit):	Verlassen der Einrichtung (Uhrzeit):