

**AGAPLESION gAG**

Sehr geehrte Damen und Herren,

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	<input type="checkbox"/> Angehörigenbesuch <input type="checkbox"/> therapeutische Behandlung <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/> Seelsorge <input type="checkbox"/> Sonstiges .....
1. Ich oder Angehörige meines Hausstandes befinde/n mich/sich aktuell in einer angeordneten Quarantäne /häuslichen Isolierung/ wegen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachweis von SARS-CoV-2</li> <li>• Warten auf Testergebnis nach Corona-Abstrich</li> <li>• Kontaktperson zu SARS-CoV-2 positiver Person</li> <li>• Rückreise aus <a href="#">Risiko-/Hochinzidenz-/Virusvariantengebiet n. RKI</a></li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Ich oder Angehörige meines Hausstandes haben aktuell folgende Symptome: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Husten, Schnupfen, Halsschmerzen</li> <li>• Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn</li> <li>• Fieber (Messung empfohlen &amp; möglich)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Temp. Messung: _____ °C
3. Ich hatte in den letzten 14 Tagen ohne MNS/ FFP2 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontakt zu Person mit SARS-CoV-2 Nachweis</li> <li>• rote Corona-Warn-App Meldung „erhöhtes Risiko“</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Ich war in den letzten 14 Tagen im Ausland in einem Corona <a href="#">Risiko-/Hochinzidenz-/Virusvariantengebiet n. RKI</a>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. SARS-CoV-2-Test <input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> extern <input type="checkbox"/> nicht vorhanden/durchgeführt	Antigen-Schnelltest (nicht älter als 24h): <input type="checkbox"/> <b>negativ</b> <input type="checkbox"/> <b>positiv</b> PCR-Test (nicht älter als 48h): <input type="checkbox"/> <b>negativ</b> <input type="checkbox"/> <b>positiv</b>
<p><b>Wenn die Fragen Nr. 1 - 4 mit „Ja“ beantwortet werden oder ein positives Testergebnis vorliegt, ist der Einlass nicht möglich.</b></p> <input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich über die <a href="#">Verarbeitung personenbezogener Daten</a> im Rahmen des Covid-19 nach § 17 DSGVO informiert wurde.	
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich über die Schutzmaßnahmen aufgeklärt wurde und versichere die Einhaltung der folgenden Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchgehendes Tragen einer FFP2-Maske ohne Ausatemventil</li> <li>• Tragen weiterer Schutzkleidung (Schutzkittel, Handschuhe) nach Vorgabe des Personals</li> <li>• Husten- &amp; Niesetikette (Niesen in Ellenbeuge, Wegdrehen von Personen beim Niesen)</li> <li>• Durchführung der Händedesinfektion gemäß Einweisung/Information</li> <li>• Kein Körperkontakt zum Bewohner oder anderen Personen in der Einrichtung</li> <li>• Einhalten des Mindestabstands (mindestens 1,5 m) zu allen Personen</li> </ul>	

Ort, Datum

Unterschrift Besucher

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