

Bestätigung von Angehörigen beim Besuch

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. Neben der Körpertemperatur weise ich keinerlei Symptome auf, die im Zusammenhang mit einer CoViD19-Infektion stehen können. 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.
6. Ich halte während meines Besuches mindestens 1,5 Meter Abstand zu anderen Personen, auch zu meinem Angehörigen während des Aufenthalts im Zimmer.
7. Ich bin in die haus-spezifischen Hygieneregeln eingewiesen worden.
8. Ich bin mit der Testung meiner Person per Antigen-Schnelltest auf eine mögliche Infektion mit SARS-Cov-2 und der Durchführung durch Nasenabstrich einverstanden, bevor ich den geplanten Besuch vollziehe oder konnte einen gültigen Nachweis vorlegen.

Unterschrift des Besuchers:

Punkt 8 zur Testung entfällt bei Vorlage:

- Impfnachweis im Original** oder
- offizieller Nachweis über eine Infektion im Original** (Ein positives Corona-Testergebnis oder die Anordnung zur Quarantäne durch das Gesundheitsamt / nicht älter als 6 Monate.)
- gültiger Antigen-Schnelltest** (24h / fachl. durchgeführt)

Nachweis wurde vorgelegt:

Unterschrift Besuchsdienst