

KONTAKTERKLÄRUNG

während der COVID-19-Pandemie

Name, Vorname des Dienstleisters/ Besuchers (*1.)	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	
Telefonnummer	
Kontaktierte/r Bewohner/ Bewohnerin	
WB/ HG, Zimmernummer	
Testpflicht entfällt	<input type="radio"/> Nein
	<input type="radio"/> Ja, Impfpass/Impfbescheinigung vorgelegt
	<input type="radio"/> Ja, Genesenennachweis* ² vorgelegt, gültig bis:
	<input type="radio"/> Ja, Bescheinigung negatives Testergebnis vorgelegt
	<input type="radio"/> Ja, lt. Allgemeinverfügung Schaumburg (Inzidenz < 35)

Besuchstag (Datum)	
Besuchsort	
Beginn	
Ende	

- Dienstleister** sind beispielsweise Physiotherapeutinnen, Ergotherapeutinnen, Friseurinnen, Fußpflegerinnen und weitere hier nicht benannte Berufs- und Personengruppen, die in die Einrichtung kommen. Hierzu zählen weiterhin ehrenamtlich Tätige, Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie Besucherinnen und Besucher.
- Genesenennachweis** ist der Nachweis eines positiven PCR-Testes, der mindestens 28 Tage alt sein muss und maximal 6 Monate gültig ist.

Ich versichere, frei von Fieber und weiteren Symptomen einer Covid-19 Infektion zu sein.

Bei Eintritt in das Haus habe ich mir unter Anleitung die Hände desinfiziert.

Bei Besuch im Bewohnerzimmer desinfiziere ich mich nach Verlassen des Bewohnerzimmers erneut die Hände.

Während der gesamten Besuchsdauer trage ich einen medizinischen Mundnasenschutz und halte einen Abstand von 1,5m zu allen anderen Personen. Die allgemeinen Hygieneregeln habe ich gelesen, verstanden und werde diese einhalten.

Mit der Speicherung der oben genannten Daten für drei Wochen bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift

Erstellt: Nahrwold 15.09.2020	Geprüft: Heinich 08.06.2021	Freigegeben: Merseburger 09.06.2021
Version:06	Prüfrhythmus: 4 Jahre	Dokument: F 140 Kontakterklärung COVID-19-Pandemie
Seite :1/1	Datei : QM/ Formulare Pflege	Kap. : --