

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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Ich oder Angehörige meines Hausstandes haben aktuell folgende Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • Husten, Schnupfen, Halsschmerzen • Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn • Fieber (Messung empfohlen & möglich) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Temperaturmessung: _____ °C
3. Ich hatte in den letzten 14 Tagen ohne Mund-Nasen-Schutz / FFP2-Maske <ul style="list-style-type: none"> • Kontakt zu Person mit SARS-CoV-2 Nachweis • rote Corona-Warn-App „erhöhtes Risiko“ 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Ich war in den letzten 14 Tagen im Ausland in einem Corona Virusvariantengebiet n. RKI	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Ich bin gegen SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> vollständig geimpft <input type="checkbox"/> COVID-19 genesen <input type="checkbox"/> genesen + geimpft <input type="checkbox"/> weder noch	Negativer Antigen-Schnelltest (Selbsttest nicht zulässig) - nicht älter als 24h - <input type="checkbox"/> vorhanden PCR-Test - nicht älter als 48h: <input type="checkbox"/> vorhanden
<p>Wenn die Fragen Nr. 1 - 4 mit „Ja“ beantwortet werden, ist der Einlass grundsätzlich nicht möglich. Ein Einlass ist nur möglich, wenn ein Impf- oder Genesenennachweis oder aktueller negativer SARS-CoV-2-Test vorliegt bzw. ein Test mit negativem Ergebnis in der Einrichtung durchgeführt wird.</p>	
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich über die Verarbeitung personenbezogener Daten 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"> • Durchgehendes Tragen einer FFP2-Maske ohne Ausatemventil • Husten- & Niesetikette (Niesen in Ellenbeuge, Wegdrehen von Personen beim Niesen) • Durchführung der Händedesinfektion gemäß Einweisung/Information • Einhalten des Mindestabstands (mindestens 1,5 m) zu allen Personen 	
Betreten der Einrichtung (Uhrzeit):	Verlassen der Einrichtung (Uhrzeit):

Ort, Datum

Unterschrift Besucher

Von zuständigem Mitarbeiter der Einrichtung auszufüllen:

Impf- oder Genesenennachweis* oder negativer SARS-CoV-2-Test liegt vor (*s. AGA Definition SARS-CoV-2 Impf- und Genesenennachweis)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ort, Datum	Unterschrift Mitarbeiter