

# Alten- und Pflegeheim „Haus Marianne“



## Besucherformular

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

(von Firma) \_\_\_\_\_

eigene Telefonnr. \_\_\_\_\_

eigene E-Mail \_\_\_\_\_

Besuchte Person \_\_\_\_\_

Besuchszeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

- Ich bin
- vollständig geimpft und in Besitz eines auf mich ausgestellten Impfnachweises gem. §2 COVID-19\_SchAusnahmeV vom 08.05.2021
  - genesen und in Besitz eines auf mich ausgestellten Genesene Nachweis gem. §2 COVID-19\_SchAusnahmeV vom 08.05.2021
  - negativ getestet und in Besitz eines auf mich ausgestellten Testnachweises gem. § 2 COVID-19\_SchAusnahmeV vom 08.05.2021 (selbst durchgeführte Schnelltests, sogenannte Laienschnelltests, dürfen von uns nicht akzeptiert werden)
  - Ich möchte hier getestet werden und bin damit einverstanden, sollte das Testergebnis positiv ausfallen die Einrichtung meine Kontaktdaten an das zuständige Gesundheitsamt weiterleitet.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich folgende Regeln einzuhalten:

In folgenden Fällen darf die Einrichtung nicht betreten werden:

- wenn sie oder die Angehörigen des gleichen Hausstandes Krankheitssymptome für COVID-19, insbesondere Fieber, trockenen Husten (nicht durch chronische Erkrankungen verursacht), Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinns, aufweisen
- solange Angehörige des gleichen Hausstandes einer individuell angeordneten Absonderung nach § 30 des Infektionsschutzgesetzes aufgrund einer möglichen Infektion mit SARS-CoV-2 oder einer generellen Absonderung aufgrund einer nachgewiesenen Infektion mit SARS-CoV19 unterliegen
- wenn bei ihnen ein in der Einrichtung durchgeführter Antigen-Test ein positives Testergebnis in Bezug auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 ergeben hat
- während dem Besuch zu jeder Zeit eine FFP2-Maske zu tragen und den Mindestabstand von 1,5m zu allen Personen einzuhalten
- dieses Besucherformular und den dazugehörigen Nachweis vor Besuchsbeginn einer Betreuungs- oder Pflegekraft zu übergeben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ich habe das Besucherformular in Empfang genommen und den 3G-Nachweis geprüft/kontrolliert

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Pflegekraft