

Dokumentation Symptomfreiheit Besucher

Name Besucher:		Telefon:	
Adresse:			
Name Bewohner:	Apartment-Nr. :	Wohnbereich	Zimmer-Nr.
Datum des Besuchs:		Uhrzeit des Besuchs:	

Hiermit bestätige ich, dass ich in die Hygiene- und Schutzmaßnahmen der Einrichtung eingewiesen wurde und diese beim Besuch einhalte.

Ich verpflichte mich zum Tragen einer FFP2-Maske während meines Aufenthaltes in der Einrichtung.

Ich hatte in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer Person, die positiv auf Covid-19 getestet wurde. Ich hatte in den letzten 14-Tagen selbst keinen positiven Covid-19-Befund. Ich habe mich in den letzten 14 Tagen nicht in einem Risikogebiet aufgehalten. Ich habe keine der unten genannten Symptome einer Corona-Infektion.

Fieber Husten Schnupfen verstopfte Nase Halsschmerzen	Kopfschmerzen Muskel – u. Gelenkschmerzen Kurzatmigkeit Übelkeit / Erbrechen Durchfall	Appetitlosigkeit Gerötete/ entzündete Augen Hautausschlag Verlust der Sprache	Benommenheit Schläfrigkeit Anderweitiges Krankheitsgefühl
--	---	---	--

<input type="checkbox"/> Ich habe vollständigen Impfschutz (ab 14 Tage nach 2. Impfung). <input type="checkbox"/> Ich bin von einer Covid-Infektion genesen und kann das Zertifikat vorweisen.			
Datum Erstimpfung		Datum Zweitimpfung	
<input type="checkbox"/> Ich lege einen eigenen Negativ-Nachweis vor.		<input type="checkbox"/> Antigen-Schnell-Test (max. 24 Std. alt) <input type="checkbox"/> PCR-Test (max. 48 Std. alt)	
<input type="checkbox"/> Das Testangebot der Einrichtung nehme ich an.			

Ich erkläre mich mit der Archivierung meiner Daten zur Nachverfolgung der Infektionskette im Falle eines Infektionsausbruchsgeschehens einverstanden.

Unterschrift Besucher: _____