

## Dokumentation Symptomfreiheit Besucher Wohnanlage

Name Besucher: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Datum des Besuchs: \_\_\_\_\_

Name, Vorname Bewohner: \_\_\_\_\_ Ap.Nr. \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich einen Besuch nur wahrnehme, wenn ich keine der u. g. Krankheitssymptome zeige, sowie in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer Person hatte, die positiv auf CoVid19 getestet wurde bzw. selbst keinen positiven CoVid 19 Befund hatte.

Und mich nicht in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet innerhalb und außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufgehalten habe.

### Symptome

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

Oder mich anderweitig krank fühle.

Ich verpflichte mich zum Tragen eines MNS (Mund-Nasen-Schutz – einfache Stoffmaske reicht nicht aus) und zum Einhalten der Abstandsregelung von min. 1,50 Meter während des Besuchs. Auf ausreichendes Lüften vor und nach dem Besuch wird geachtet.

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

Unterschrift Besucher: \_\_\_\_\_