


| | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Alter und Pflege | Besucherbogen zur Selbsterklärung (Stand 10.02.2021) |  |
| Geltungsbereich: LB Stationäre Pflege | | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Erfassung persönlicher Angaben <i>(bitte lesbar ausfüllen)</i> | |
| Name: | |
| Vorname: | |
| Anschrift: <i>Straße/Hausnummer/PLZ/Stadt</i> | _____ _____ |
| Telefonnummer: | |
| E-Mail: | |
| Besucher Bewohner/ Zimmer-Nr.: | |
| Verhältnis zum Bewohner: | |
| Datum des Besuches: | |
| Bitte zutreffendes ankreuzen: | |
| Besuch innerhalb der Einrichtung <input type="checkbox"/> | Besuch außerhalb der Einrichtung <input type="checkbox"/> |
| Einlass Uhrzeit: | |

| „Screening“ | Ja | Nein |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|
| Ich bin frei von einer bestätigten Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus. | | |
| Ich bin frei von Symptomen, die auf eine Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus hinweisen (Fieber, Schnupfen, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit, veränderter Geruchs- und/oder Geschmackssinn, Atemnot, Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall, Hautausschlag, Lymphknotenschwellung) | | |
| Ich hatte in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einem SARS-CoV-2-Virus Infizierten und war nicht in einem Risikogebiet* <u>außerhalb</u> der Bundesrepublik Deutschland. | | |
| Ich bestätige hiermit über erforderliche Hygiene- und Schutzmaßnahmen, insbesondere das Tragen einer FFP2 Maske, sowie die erforderliche Händedesinfektion und Besuchsregeln informiert worden zu sein. | | |
| Unterschrift | Datum | |

| Vermerk der Einrichtung <i>Angaben auf Vollständigkeit geprüft</i> | Ja | Nein |
|-----------------------------------------------------------------------|----|------|
| Temperaturkontrolle erfolgt. Temp. < 37,9° | | |
| Besuch erfolgt (Datum /Uhrzeit) | | |
| Besuch beendet um (Uhrzeit) | | |
| Unterschrift des Mitarbeiters: | | |

* Aktuelle Risikogebiete werden über das Robert-Koch-Institut veröffentlicht:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html

Archivierung für 4 Wochen im Ordner „Erfassung der Besucher“