

Folgende Hygieneregeln sind vor Eintritt in unsere Einrichtung zu beachten:

1. Eine **Händedesinfektion** ist beim Eintreten ins Haus erforderlich.
2. Tragen Sie eine **FFP2 Maske**.
3. Halten Sie grundsätzlich **einen Mindestabstand von 1,5 m** zu allen Personen.
4. Verzichten Sie darauf, sich die Hände zu geben.
5. Halten Sie sich an die Husten- und Nies-Etikette (Husten und Niesen in die Ellenbeuge).
6. **Zum Betreten der Einrichtung legen Sie bitte folgende Nachweise am Empfang vor:**

<i>Sie brauchen:</i>	Impfnachweis, Genesenen Nachweis oder Ihr ärztliches Attest*	Ergebnis eines aktuellen Antigen-Test, max. 24 Stunden alt
<i>Sie Sind:</i>		
Dienstleister/Externe Mitarbeiter	✓	✓
Besucher des Pflegezentrums	<b>Dringend empfohlen!</b>	✓
Besucher des Betreuten Wohnens	<b>Dringend empfohlen!</b>	<b>Dringend empfohlen!</b>

\*gemeinsam mit einem amtlichen Ausweisdokument

COVID-19 Monitoring

**Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich über die Verhaltensregeln/ Hygienevorschriften informiert und beraten wurde und ich mich an die Regeln halten werde.**

Auch ist mir bewusst, dass durch meinen Besuch die COVID-19-Infektionsgefahr für die Bewohner\*innen und sonstigen Personen in der Einrichtung und für mich steigen kann.

Mir ist bewusst, dass ich die Einrichtung **nicht betreten darf**,

- wenn ich oder meine Angehörigen des gleichen Hausstandes **Krankheitssymptome** für COVID-19, **insbesondere Fieber, trockenen Husten (nicht durch chronische Erkrankungen verursacht), Halsschmerzen, Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinns**, aufweisen oder
- wenn ich mich aufgrund eines **positiven PoC-Schnelltests oder eines positiven PCR Tests isolieren muss**,
- wenn ich einer **Quarantäne** aufgrund eines positiven PoC-Schnelltests oder eines positiven PCR Tests meiner Kontaktperson nach § 30 des Infektionsschutzgesetzes aufgrund einer möglichen Infektion mit SARS-CoV-2 unterliege,
- bei **Rückkehr aus einem Virusvariantengebiet oder Hochrisikogebiet** (nach der Liste des RKI).

Datum, Uhrzeit/ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte händigen Sie dieses ausgefüllte Formular dem diensthabenden Mitarbeiter\*in am Empfang aus.  
Dieses Datenblatt wird nach Ihrem Besuch unverzüglich datenschutzkonform vernichtet.

Freigabe:	Prüfung: QMB	Mitwirkende Mitarbeiter: Frau Vater, Hr. Nowak, Herr Krick	Datum: 13.04.2022	Seite 1 von 1
-----------	-----------------	---	----------------------	------------------