

Verhaltensregeln / Hygienevorschriften für Besucher*innen/ Dienstleister*innen

Sie müssen den angeordneten Hygieneregeln nachkommen:

1. Eine Händedesinfektion ist beim Eintreten ins Haus erforderlich.
2. Verzichten Sie darauf, sich die Hände zu geben.
3. Vermeiden Sie es, mit den Händen das Gesicht zu berühren.
4. Halten Sie sich an die Husten- und Nies-Etikette (Husten und Niesen in die Ellenbeuge).
5. Tragen Sie eine medizinische Maske (**OP-Maske, FFP2 oder KN95 Maske ohne Ausatemventil**). **Die FFP2 Maske wird weiterhin dringend empfohlen.**
6. Halten Sie grundsätzlich einen Mindestabstand von mindestens 1,5 m zu allen Personen innerhalb und außerhalb des Hauses ein.
Sofern während des Besuchs in einem Bewohnerzimmer vorher und hinterher bei Besucher*innen und Bewohner*innen eine gründliche Händedesinfektion erfolgt, ist die Einhaltung des Mindestabstands nicht erforderlich. In diesem Fall sind auch körperliche Berührungen zulässig.
7. Melden Sie sich beim Betreten der Einrichtung am Empfang an und beim Verlassen der Einrichtung ab.

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), Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinns**, aufweisen oder einer **individuell angeordneten Absonderung** nach §30 des Infektionsschutzgesetzes aufgrund einer möglichen Infektion mit SARS-CoV-2 unterliegen. Darunter fallen z.B. zurückliegende Aufenthalte in einem Risikogebiet nach dem RKI oder der Kontakt mit einer an Covid-19 erkrankten Person.

Name / Firma: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Aufgesuchter Bewohner/Ort: _____

Datum, Uhrzeit/ Unterschrift: _____

Bitte händigen Sie dieses ausgefüllte Formular dem diensthabenden Mitarbeiter*in am Empfang aus. Dieses Datenblatt wird zum Zweck der Nachverfolgung für vier Wochen aufbewahrt und danach datenschutzkonform vernichtet.

Freigabe: GF	Prüfung: QMB	Mitwirkende Mitarbeiter: Frau Vater, Hr. Nowak, Herr Krick	Datum: 02.07.2021	Seite 1 von 1
-----------------	-----------------	---	----------------------	------------------