

Besucherselbstauskunft und Erklärung zu SARS-CoV-2



Vorname, Name: _____

ANSCHRIFT (PFLICHT) : _____

gemessene Temperatur: _____

Die **zweite Impfung** ist vor mindestens 14 Tagen erfolgt: Ja Nein

oder **genesen seit**: _____

Testdatum und Uhrzeit: _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Besuch Kontakt zu einer mit dem Coronavirus infizierten Person? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2) Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (> 37,5° Celsius)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3) Haben Sie typische Symptome einer Coronainfektion, wie | | |
| a. Geschmacks- oder Geruchsverlust | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b. Atemnot | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c. neu aufgetretener Husten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Sofern eine dieser Fragen mit „**JA**“ beantwortet ist, ist nach aktueller Rechtslage **ein Besuch nicht gestattet**.

Mir sind die aktuellen Verordnungen vom Land Baden-Württemberg bekannt. Ich bin **verpflichtet**:

- als Geimpfter den Impfstatus nachzuweisen (nur im Original)
- als Genesene den Nachweis vorzulegen
- als NICHT Geimpfte / NICHT Genesener. ein negatives Testergebnis (Testzentrum – kein Selbsttest!) nachzuweisen. Gültigkeit der Testnachweise: PCR Test max. 48 Stunden, Covid 19 Antigen Schnelltest max. 24 Stunden
- die Masken- und Abstandspflicht laut aktuell gültigem Besuchskonzept einzuhalten
- bei Betreten der Einrichtung die **Hände** mit dem am Eingang zur Verfügung gestellten Desinfektionsmittel **zu desinfizieren**,
- zu Beginn meines Besuchs meine **Kontaktdaten** und die Besuchszeit für den Fall einer erforderlichen Kontaktnachverfolgung anzugeben.

Ich nehme zudem zur Kenntnis, dass die Einrichtung bei Verstößen ein Besuchsverbot verhängen kann.

Besuch bei (Name des Bewohners): _____

Besuchsdatum: _____

Besuchszeit (Beginn und Ende): _____ Uhr bis ca. _____ Uhr

Unterschrift _____

*Ihre Daten werden zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Ortspolizeibehörde nach §§ 16, 25 IfSG gespeichert. Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.