

# Kontaktformular

DRK  
Seniorenresidenz



## Erklärung für den Besuch in der Einrichtung

- Besuch eines Bewohners
- Abholung eines Bewohners  
(Termin außerhalb der Einrichtung/ Arzttermin / Besuch zu Hause)
- Sonstiges/ Dienstleister

<b>Datum des Besuchs:</b>	
<b>1. Person Name/ Vorname:</b>	
<b>2. Person Name/ Vorname</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>Bewohnerin/Bewohner:</b>	
<b>Zimmernummer:</b>	
<b>Besuchszeitraum:</b>	Von _____ Uhr bis _____ Uhr

**Bei der 2. Person darf es sich nur um eine weitere Person desselben Hausstandes handeln!**

## Ich bestätige:

Frei von erkennbaren Atemwegsinfektionen zu sein	Ja	Nein
Keine Anhaltspunkte für eine Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegen	Ja	Nein
Innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt zu einem COVID-19 Fall gehabt zu haben	Ja	Nein
Innerhalb der letzten 14 Tage nicht länger als 72 Stunden in einem Risikogebiet außerhalb Deutschlands gewesen zu sein	Ja	Nein
Während des gesamten Aufenthalts eine FFP2-Maske ohne Ventil zu tragen.	Ja	Nein

\_\_\_\_\_  
1. Unterschrift

\_\_\_\_\_  
2. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Verhaltensregeln gelesen und verstanden zu haben und mit der Einhaltung aktiv dazu beizutragen, das Infektionsrisiko zu minimieren.

### Nachverfolgung

Hiermit stimme ich zu, dass meine persönlichen Daten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer) zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Kontaktnachverfolgbarkeit unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben und für eine Frist von einem Monat aufbewahrt werden. Die Daten dürfen auf Anfrage an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben werden, soweit dies zur Erfüllung seiner nach den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) obliegenden Aufgaben erforderlich ist. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist werden die Daten unverzüglich gelöscht. Eine Verarbeitung der Daten zu anderen Zwecken erfolgt nicht.