

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

Datum des Besuchs:	
Name/Vorname:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
Bewohnerin/Bewohner:	
Zimmernummer:	
Besuchszeitraum:	von _____ Uhr bis _____ Uhr

Ich bestätige,

frei von erkennbaren Atemwegsinfektionen zu sein.	Ja	Nein
dass keine Anhaltspunkte für eine Infektion 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 Aufenthalts eine FFP2 Maske zu tragen und den Mindestabstand von 1,5 m einzuhalten.	Ja	Nein

Der Zutritt ist nur erlaubt, wenn Sie ein tagesaktuell (max. 24 Stunden zurückliegendes) negatives Testergebnis von einer zugelassenen Teststation vorzeigen können. Bitte zeigen Sie das Testdokument der Verwaltung oder auf dem Wohnbereich vor und lassen sich dies in der nachfolgenden Zeile bestätigen.

Bestätigung negatives Testdokument von Verwaltung/Wohnbereich	
---	--

Unterschrift

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