

# 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>Name/Vorname:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>Bewohnerin/Bewohner:</b>	
<b>Zimmernummer:</b>	
<b>Besuchszeitraum:</b>	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 gesamten Aufenthalts eine FFP2-Maske ohne Ventil oder eine medizinische Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen.	Ja	Nein

## Der Zutritt ist nur erlaubt, wenn Sie geimpft, genesen oder tagesaktuell negativ getestet sind.

Vollständige Impfung liegt vor	
Genesenenbescheinigung liegt vor	
Tagesaktuelles, negatives Testergebnis liegt vor	

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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