

Selbstauskunftsformular für Geimpfte und Genesene

BESUCHER*in:	Besuchsdatum:		
(Mobil-) Telefon:	Uhrzeit:	von:	bis:
Straße Nr.:	BEWOHNER*in		
PLZ, Ort:	Zimmer Nr.:		

Impfungen	Vollständiger Impfschutz	Letzter Impftermin
<input type="checkbox"/> COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna	14 Tage nach 2. Impfung	
<input type="checkbox"/> Vaxzevria, ehemals COVID-19 Vaccine AstraZeneca	15. Tage nach 2. Impfung	
<input type="checkbox"/> Comirnaty® von BioNTech/Pfizer	14 Tage nach 2. Impfung	
<input type="checkbox"/> COVID-19 Vaccine Janssen® von Johnson & Johnson	14. Tage nach 1. Impfung	
<input type="checkbox"/> Genesene nach einer Covid Erkrankung	Corona Erkrankung + Impfung (Einzelimpfung) Bestätigung im Impfausweis, dass Vollschutz vor- handen	
<input type="checkbox"/> Genesene nach einer Covid Erkrankung	Laborbefund reicht aus Landkreise stellen diese aus	Datum von Laborbe- fund

Regeln

Im öffentlichen Bereich Atemschutzmaske
FFP-2/ KN 95 ohne Filter direkt über der Nase tragen
Bei Besuch von geimpften Angehörigen kann diese abgelegt
werden.



- ✓ **Desinfizieren** der Hände beim Betreten, nach der Toilette und beim Verlassen der Einrichtung
- ✓ Sicherheitsabstand von mind. **1,5 Metern** einhalten.
- ✓ Vorgegebenen Besuchsräum auf **direktem Wege** aufsuchen. Andere Bereiche nicht betreten.
- ✓ **Abmelden** vor Verlassen der Einrichtung
- ✓ **Testmöglichkeit:** Über die Möglichkeit eines Schnelltests (PoC) wurde ich informiert.
- Betretungsverbot:** Mir ist bewusst, dass ich die Einrichtung für 14 Tage nicht betreten darf, wenn ich ein positives Ergebnis habe

Hiermit bestätige ich, dass ich obige Angaben wahrheitsgemäß getätigt habe und in die Besuchs- u. Hygieneregeln der Pflegeeinrichtung eingewiesen wurde, mit denen ich einverstanden bin. Den Anweisungen des Personals muss ich folgen leisten, um alle Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen der Einrichtung zu schützen.

Hiermit erkläre ich, umgehend die Leitung dieser Einrichtung zu informieren, sollte ich in den Tagen nach dem Besuch Symptome zeigen, die auf eine Sars-CoV-2 Infektion bzw. COVID-19 Erkrankung (Corona) hindeuten. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten vier Wochen aufbewahrt werden.



Ort, Datum

Unterschrift

-Evangelisches Altenhilfezentrum Korbach, Enser Str. 27, 34497 Korbach-

