



Angaben Besucher

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Status

vollständig geimpft, letzte Impfung: _____

Genesen plus 1 oder 2 Impfungen,
letzte Impfung: _____

genesen (gilt nur 6 Monate: _____

Besucher Patient / Therapie

Name, Vorname: _____

Station / Bereich: _____

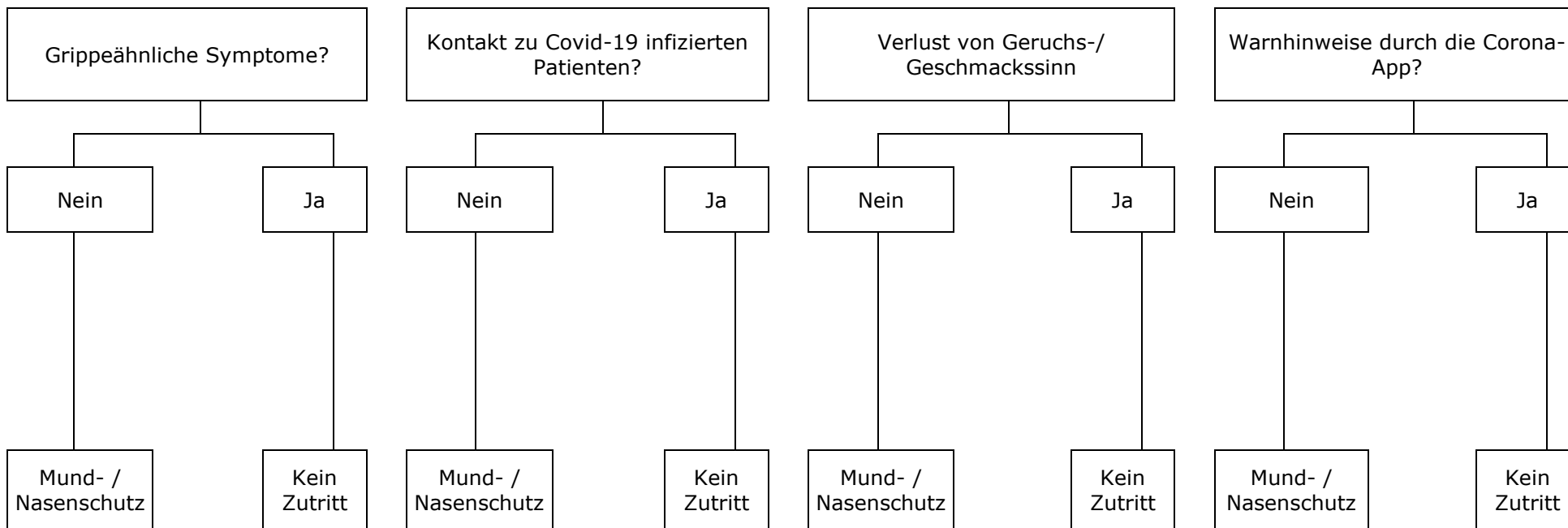
Liegt ein **negativer** SARS-CoV-2 Test vor?

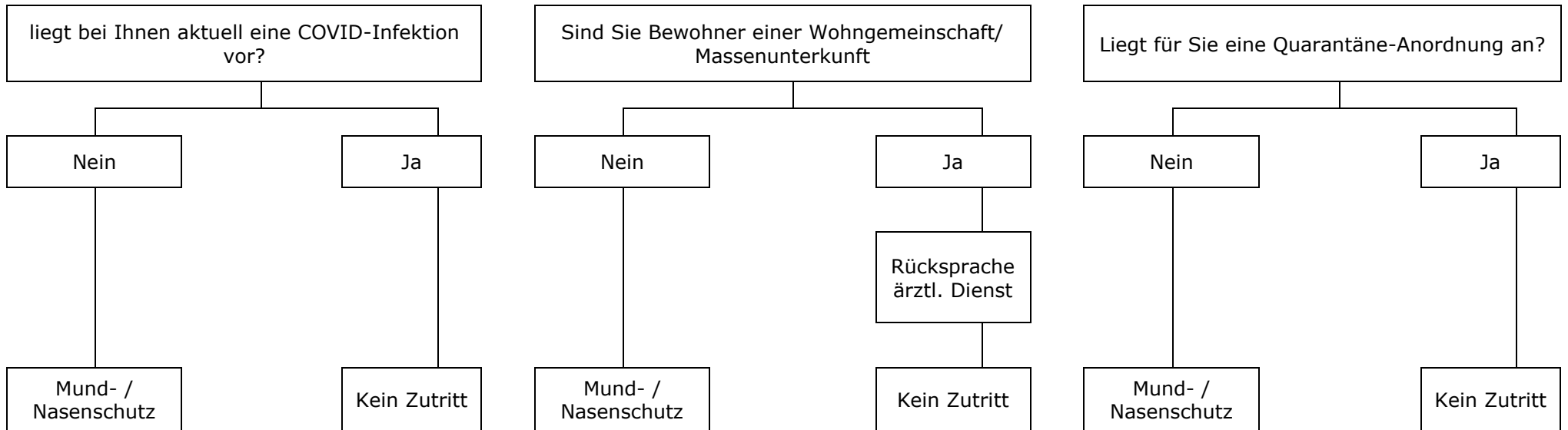
ja, Antigen-Schnelltest vom: _____

ja, PCR-Test vom: _____

Patientenaufkleber

Bitte beantworten Sie alle Fragen!





Ich bestätige, dass ich über die Schutzmaßnahmen aufgeklärt wurde und versichere die Einhaltung der folgenden Maßnahmen:

- Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (FFP2 bzw. KN95) während des gesamten Aufenthaltes in der Einrichtung / Therapie
- ggf. Tragen weiterer Schutzkleidung (Schutzkittel, Handschuhe) nach Vorgaben des Personals
- Husten- & Niesetikette (Niesen in Ellenbeuge, Wegdrehen von Person beim Niesen)
- Durchführung der hygienischen Händedesinfektion
- Kein Kontakt zu anderen Patienten oder anderen in der Einrichtung (außer Therapeut)
- Einhaltung des Mindestabstandes (Mindestens 1,5m) zu anderen Personen

Ihre Daten werden nur im Zusammenhang mit Ihrem Aufenthalt in unsere Einrichtung verarbeitet und sind extern nicht zugänglich. Nach einer Aufbewahrungsfrist von 4 Wochen werden sie vernichtet.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Besucher: _____