

Diakonie  Osnabrück Stadt und Land	Qualitätsmanagement- Handbuch	Stationäre Altenhilfe Alle Einrichtungen
Formular	Besuchsregelung im Zusammenhang mit SARS-CoV-2	

Sehr geehrte/r Besucherinnen und Besucher,

um die Ausbreitung des Coronavirus in unserer Einrichtung zu verhindern, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe. Um etwaige auftretende Infektionsketten nachvollziehen zu können, bitten wir Sie im Nachfolgenden um Ihre Kontaktdaten. Leider können wir Ihnen keinen Einlass gestatten, wenn Sie uns diese Daten nicht mitteilen möchten.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Besuchte/r Bewohner*in: _____

Haben Sie derzeit folgende Symptome?

Fieber, Husten, Schnupfen, Kurzatmigkeit/Atemnot, Halsschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Fehlen von Geruchs- und Geschmackssinn, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen oder Durchfall

Keine Symptome Symptome gehabt

Liegt ein negatives Testergebnis (SARS-CoV-2) vor (nicht älter als 24 Std.)?

Ja Nein

Ohne negatives Testergebnis dürfen Sie den Besuchstermin nicht wahrnehmen.

Falls Sie Symptome haben, die auf eine COVID-19 Erkrankung hindeuten, dürfen sie ebenfalls den Besuchstermin nicht wahrnehmen.

Die erhobenen Daten beziehen sich auf die jeweils aktuell gültige Corona Verordnung. Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie, dass die obigen Angaben wahrheitsgemäß ausgefüllt wurden. Ebenso erklären Sie sich mit der Speicherung Ihrer Daten für einen Zeitraum von drei Wochen einverstanden. Sie bestätigen zudem, dass Sie die Einweisung in die bestehenden Hygienemaßnahmen gelesen und verstanden haben.


Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Wird von einem/r Mitarbeiter*in der Einrichtung eingetragen:

Gültiges Testergebnis wurde vorlegt: _____ (Handzeichen Mitarbeiter*in)

Ankunftszeit Besucher*in: _____ Ende des Besuchs: _____

Bearbeiterin: CSM, J. Wöhler	Änderungsstand: 23 Bearbeitungsdatum: 27.04.2022	Datei: Besuchsregelung_2_seitig.docx	Erstellungsdatum: 13.06.2020
---------------------------------	---	---	---------------------------------

Diakonie  Osnabrück Stadt und Land	Qualitätsmanagement- Handbuch	Stationäre Altenhilfe Alle Einrichtungen
Formular	Besuchsregelung im Zusammenhang mit SARS-CoV-2	

Sehr geehrte/r Besucherinnen und Besucher,

um die Ausbreitung des Coronavirus in unserer Einrichtung zu verhindern, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe. Um etwaige auftretende Infektionsketten nachvollziehen zu können, bitten wir Sie im Nachfolgenden um Ihre Kontaktdaten. Leider können wir Ihnen keinen Einlass gestatten, wenn Sie uns diese Daten nicht mitteilen möchten.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Besuchte/r Bewohner*in: _____

Haben Sie derzeit folgende Symptome?

Fieber, Husten, Schnupfen, Kurzatmigkeit/Atemnot, Halsschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Fehlen von Geruchs- und Geschmackssinn, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen oder Durchfall

Keine Symptome Symptome gehabt

Liegt ein negatives Testergebnis (SARS-CoV-2) vor (nicht älter als 24 Std.)?

Ja Nein

Ohne negatives Testergebnis dürfen Sie den Besuchstermin nicht wahrnehmen.

Falls Sie Symptome haben, die auf eine COVID-19 Erkrankung hindeuten, dürfen sie ebenfalls den Besuchstermin nicht wahrnehmen.

Die erhobenen Daten beziehen sich auf die jeweils aktuell gültige Corona Verordnung. Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie, dass die obigen Angaben wahrheitsgemäß ausgefüllt wurden. Ebenso erklären Sie sich mit der Speicherung Ihrer Daten für einen Zeitraum von drei Wochen einverstanden. Sie bestätigen zudem, dass Sie die Einweisung in die bestehenden Hygienemaßnahmen gelesen und verstanden haben.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Wird von einem/r Mitarbeiter*in der Einrichtung eingetragen:

Gültiges Testergebnis wurde vorlegt: _____ (Handzeichen Mitarbeiter*in)

Ankunftszeit Besucher*in: _____ Ende des Besuchs: _____

Bearbeiterin: CSM, J. Wöhler	Änderungsstand: 23 Bearbeitungsdatum: 27.04.2022	Datei: Besuchsregelung_2_seitig.docx	Erstellungsdatum: 13.06.2020
---------------------------------	---	---	---------------------------------