

Diakonie  Osnabrück Stadt und Land	Qualitätsmanagement- Handbuch	Stationäre Altenhilfe Alle Einrichtungen
Formular	Besuchsregelung für externe Dienstleister*innen	

Sehr geehrte/r externe Dienstleister*innen, Sehr geehrte Ehrenamtliche, 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: _____
 Dienstleistung: Therapeut*in Podolog*in Friseur*in Ehrenamtlich
 Sonstiges: _____

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 vor (nicht älter als 24 Std.)?

Ja Nein

Haben Sie bereits einen Impfnachweis vorgelegt?

Ja Nein

Ohne negatives Testergebnis und eine Impfnachweis dürfen Sie die Einrichtung nicht betreten. Falls Sie Symptome haben, die auf eine COVID-19 Erkrankung hindeuten, dürfen sie ebenfalls die Einrichtung nicht betreten.

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_exter ne Dienstleister_innen.docx	Erstellungsdatum: 13.06.2020
---------------------------------	---	---	---------------------------------

Diakonie  Osnabrück Stadt und Land	Qualitätsmanagement- Handbuch	Stationäre Altenhilfe Alle Einrichtungen
Formular	Besuchsregelung für externe Dienstleister*innen	

Sehr geehrte/r externe Dienstleister*innen, Sehr geehrte Ehrenamtliche, 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: _____
 Dienstleistung: Therapeut*in Podolog*in Friseur*in Ehrenamtlich
 Sonstiges: _____

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 vor (nicht älter als 24 Std.)?

Ja Nein

Haben Sie bereits einen Impfnachweis vorgelegt?

Ja Nein

Ohne negatives Testergebnis und eine Impfnachweis dürfen Sie die Einrichtung nicht betreten. Falls Sie Symptome haben, die auf eine COVID-19 Erkrankung hindeuten, dürfen sie ebenfalls die Einrichtung nicht betreten.

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_ext erne Dienstleister_innen.docx	Erstellungsdatum: 13.06.2020
---------------------------------	---	---	---------------------------------