Sehr geehrte/r externe Dienstleister\*innen, Sehr geehrte ehrenamtliche Mitarbeiter\*innen,

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 vorhanden

Liegt ein negatives Testergebnis vor (nicht älter als 24 Std.)?

 [ ]  Ja [ ]  Nein

Haben Sie bereits einen Impfnachweis vorgelegt?

 [ ]  Ja [ ]  Nein

Ab dem 15.März 2022 müssen Sie einmalig den Nachweis über Ihren Impfstatus vorlegen. Dieser wird Dokumentiert und Archiviert. **Ohne ein aktuelles, negatives Testergebnis und die Vorlage Ihres Impfnachweises können Sie die Einrichtung nicht betreten.** Ebenfalls können Sie bei Symptomen, die auf eine COVID-19 Erkrankung hindeuten, den Termin 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 sowie der Weitergabe an das zuständige Gesundheitsamt im Infektionsfall einverstanden. Sie bestätigen zudem, dass Sie die Einweisung in die bestehenden Hygienemaßnahmen gelesen und verstanden haben. Ihnen ist die übertragene Verantwortung für die Einhaltung der Hygieneregelungen und damit einhergehende Pflicht für den Schutz aller Bewohner\*innen bewusst und Sie setzten diese deshalb stetig um.

**Datum: ­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

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

 Gültiges Testergebnis wurde vorlegt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Handzeichen Mitarbeiter\*in*

 Ankunft: Uhrzeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verlassen: Uhrzeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_