

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

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 Ehrenamtliche
 Sonstiges: _____

Hatten Sie folgende Symptome in den letzten 14 Tagen?

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

Keine Symptome Symptome gehabt

Hatten Sie Kontakt zu Personen mit COVID-19 in den letzten 14 Tagen?

Keinen Kontakt gehabt Kontakt 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, oder Kontakt zu einem COVID-19 Erkrankten hatten, 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 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 Hygieneregulungen 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: _____

Bearbeiterin: J. Wöhler, S. Kruse, CSM	Freigabe: Kai Wiese (23.12.2021)	Änderungsstand: 13 Bearbeitungsdatum: 23.12.2021	Datei: Formular_Besuchsregelungen_ex terne Dienstleister.docx	Erstellungsdatum: 27.04.2020	Seite: 1 von 1
--	-------------------------------------	--	---	---------------------------------	-------------------