



<p>Vorname, Nachname, Telefonnummer</p> <hr/>	<p>Datum</p> <hr/>
<p>Ich besuche folgende Person (Vorname, Nachname, Zimmer):</p> <hr/>	<p>Uhrzeit Beginn des Besuchs</p> <hr/>
	<p>Uhrzeit Ende des Besuchs</p> <hr/>

Haben Sie eines der nachstehenden Symptome (Schnupfen, Husten, Halsschmerzen, Fieber, Geruchs- und/oder Geschmacksverlust)?

Ja

Nein

Haben Sie eine Bescheinigung eines negativen PoC-Antigen-Tests auf SARS-CoV-2, welche nicht älter als 24h ist?

Ja

Nein

Verfügen Sie über eine nachgewiesene vollständige Immunisierung (gemäß § 4 Absatz 5 der Coronaschutzverordnung), die nicht länger als 6 Monate zurückliegt, und können Sie diese schriftlich nachweisen?

Ja

Nein

Folgende Hygienemaßnahmen halte ich ein:

- Hände regelmäßig desinfizieren
- Angemessenen Abstand halten, mindestens 1,5 m
- Mund-Nasen-Schutz tragen (kein Visier/keine Masken mit Ausatemventil)
- Niesen oder Husten Sie in die Armbeuge oder ein Taschentuch
- Bei Aufenthalt außerhalb des Hauses sind die Hygieneregeln weiterhin einzuhalten

Einlass des Besuchs wurde gewährt:

Ja

Nein

Datum und Unterschrift Mitarbeiter/in

Datum und Unterschrift Besucher/in

Die Landesverordnung vom 08. Mai 2020 verpflichtet uns ein Besuchsregister zu führen. Die erhobenen Daten werden ausschließlich zu diesem Zweck genutzt und nach 4 Wochen gelöscht.