



Ruhesitz

WETTERSTEIN

Besuchernachweis für registrierter Kontaktpersonen Covid 19 Prävention

Name: _____ Vorname: _____

Besuch bei:
Bewohnername: _____ Appartement Nummer: _____

am: _____ Uhrzeit von _____ ca. bis _____

Sie haben Zutritt zu unserer Einrichtung wenn,

- Sie frei von Symptomen sind, die auf eine Corona-Infektion hinweisen,
- Sie unsere Schutz-und Hygienemaßnahmen beachten,
- Sie während des gesamten Aufenthalts eine FFP2-Maske tragen

Bei einem Inzidenzwert über 50 benötigen Sie einen Nachweis über ein negatives Testergebnis, bzw. darüber, dass Sie genesen oder geimpft sind

- Ich bin vollständig geimpft
- Ich bin von einer Infektion genesen, Datum des positiven PCR Tests _____
- Ich habe ein negatives Testergebnis: PCR Test Antigen Schnelltest

Erklärung:

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannten Angaben den mir bekannten Tatsachen entsprechen. Mir ist bewusst, dass falsche Angaben auch rechtliche Konsequenzen für mich haben können. Bei Änderung des Sachverhalts, auch in den nächsten Tagen (Aufreten von Symptomen bei mir selbst, oder bei anderen mir nahen Personen) werde ich die Einrichtung umgehend informieren.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser Vorgaben zum Schutz der Bewohner*innen. Mir ist bewusst, dass bei Missachtung der Regeln vom Hausrecht Gebrauch gemacht werden kann. Die aktuelle Besucherregelung sowie die Hygienemaßnahmen sind mir bekannt.

Hinweis zum Datenschutz:

Diese Selbstauskunft wird benötigt zur Risikoabklärung und Nachverfolgung möglicher Kontaktketten im Rahmen des Infektionsgeschehens in Bezug auf Covid-19. Wir bewahren dieses Formular nur für die notwendige Dauer (30 Tage) auf, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Datum: _____ Unterschrift: _____