

Bitte füllen Sie diesen Selbstauskunftsbogen vor Ihrem Besuch aus und werfen ihn dann bitte in die bereitstehende Box ``Selbstauskunft`` ein!

**Für den Eintritt/den Besuch gilt die 3 G-Regel!!!!**

**Wer** wird besucht? Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Zimmer Nr.: \_\_\_\_\_

**Datum** (T,M,J): \_\_\_\_\_ **Uhrzeit:** von: \_\_\_\_\_ Uhr bis: \_\_\_\_\_ Uhr

**Besucher\*in:** Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich bin gegen Covid-19 vollständig geimpft → Impfnachweis (Kopie) bitte an den Selbstauskunftsbogen heften oder einmalig an der Rezeption (Montag bis Freitag von 8.00 – 17.00 Uhr) abgeben. → wurde bereits vorgelegt  ja

Ich hatte bereits eine Covid 19-Infektion und bin genesen → Nachweis (Papierform) an den Selbstauskunftsbogen anheften oder einmalig an der Rezeption abgeben → wurde bereits vorgelegt  ja

Ich wurde getestet → negatives Testergebnis in Papierform (PoC-Test, maximal 24 Stunden alt) an den Selbstauskunftsbogen heften. (Testmöglichkeiten siehe Flyer auf dem grauen Rollwagen. Kinder unter 15 Jahren müssen nicht getestet werden)

- WICHTIG:** 1. Falls Sie Erkältungssymptome haben (Fieber, Husten etc.) ist kein Besuch möglich!
2. Urlaubsrückkehrer informieren sich bitte über die aktuellen Quarantäne- und Absonderungsmaßnahmen

Persönliche Erklärung der besuchenden Person

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich über die Verhaltensregeln informiert und beraten wurde und ich mich an die Regeln halten werde.

Mir ist bekannt, dass die Einrichtung keine Garantie dafür abgeben kann, dass sich in der Einrichtung nur Personen aufhalten, die nicht von einer COVID-19-Infektion betroffen sind.

Auch ist mir bewusst, dass durch meinen Besuch die COVID-19-Infektionsgefahr für die Bewohner\*innen und sonstigen Personen in der Einrichtung und mich, steigen kann.

Gemäß § 4 Absatz 1 der Landesverordnung über Neu- und Wiederaufnahmen sowie zu Besuchs- und Ausgangsrechten in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach den §§ 4 und 5 des Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung des Coronavirus vom 26. Juni 2020 sind wir verpflichtet, ein Register mit den Kontaktdaten aller Besucherinnen und Besucher zu führen. Bitte füllen Sie hierfür diesen Vordruck sorgfältig und vollständig aus.

Hiermit stimme ich zu, dass meine persönlichen Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer) zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Kontaktnachverfolgbarkeit durch einen Vertreter der o.g. Einrichtung unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben und für eine Frist von einem Monat aufbewahrt werden. Die Daten dürfen auf Anfrage an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben werden, soweit dies zur Erfüllung seiner nach den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) obliegenden Aufgaben erforderlich ist.

Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von einem Monat werden die Daten unverzüglich gelöscht. Eine Verarbeitung der Daten zu anderen Zwecken ist nicht zulässig.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift