

## 7.11 Besuchliste im Rahmen der Corona Pandemie

Einrichtung:  Parkstift OHZ |  Michaelisstift |  Huus Hemmoor |  Huus Ihlienworth

Datum: \_\_\_\_\_

Die nachfolgende Erfassung ist für alle Besucher verpflichtend. Ein Besuch ohne ausgefüllten/unterschiedenen Bogen ist nicht möglich. Pro Person wird ein Bogen ausgefüllt.

Vor- und Nachname		
Adresse (Straße, PLZ/Ort)		
Telefonnummer		
Geburtsdatum <small>(nur wenn ein PoC-Test durch die Einrichtung erfolgt)</small>		
besuchte/r Bewohner/in		
genutzte Besuchsmöglichkeit (durch die Einrichtung auszufüllen)	Bewohnerzimmer	<input type="radio"/>
	Außenbereich der Einrichtung	<input type="radio"/>
	zeitweiliges Verlassen der Einrichtung	<input type="radio"/>
Symptome*	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> -> Welche:	
Temperaturerfassung	_____ °C	
PoC-Antigen Test	Durchgeführt <input type="radio"/> Nicht Durchgeführt <input type="radio"/> <input type="radio"/> negativer Test vorgelegt (max. 24 Std. alt PoC   max. 48 Std. alt PCR) <input type="radio"/> Test abgelehnt -> kein Besuch möglich	<b>Testergebnis:</b> negativ <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> sofortiger Ausschlussgrund und Meldung an das Gesundheitsamt
Kontakt zu Personen mit COVID-19 oder Aufenthalt in einem ausgewiesenen Risikogebiet (außerhalb Deutschlands) in den letzten 14 Tagen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> sofortiger Ausschlussgrund
Einlass gewährt (durch die Einrichtung auszufüllen)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Einlass (Uhrzeit)		
Austritt (Uhrzeit)		

\* **Symptome:** Fieber, Husten, Schnupfen, Kurzatmigkeit / Atemnot, Halsschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, verstopfte Nase, Fehlen von Geruchs- und Geschmackssinn, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Konjunktivitis, Hautausschlag, Apathie, Somnolenz

Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass eine Einweisung in die Hygieneregeln\*\* erfolgt ist, diese vollständig befolgt werden und oben gemachte Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich stimme der Durchführung einer PoC-Schnelltests zu. Anweisungen des Personals werden umgesetzt. Zuwiderhandlungen und falsche Angaben können zum Abbruch des Besuchs führen. Ein positives Testergebnis wird umgehend an das örtliche Gesundheitsamt gemeldet. In diesem Fall müssen Sie sich sofort selbständig um einen PCR-Test bemühen (z.B.: beim Hausarzt) und sollten sich in Selbstisolation begeben.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucher

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Einrichtung

\*\* Die geltenden Hygieneregeln hängen aus und können bei Bedarf in Kopie mitgegeben werden.

Die hier erhobenen Daten werden im Rahmen der Vorgaben und Notwendigkeit (z.B.: für Abrechnungszwecke) für die erfassende Einrichtung aufbewahrt und im Anschluss Datenschutzkonform vernichtet.

Geltungsbereich	Gültig bis	Freigabe von / am	Bearbeiter Funktion	Version	Letzte Änderung von / am	Seite
Stationäre Pflege	auf weiteres	GF 19.11.2021	QM	20	QM	Seite 1 von 1