



7.11 Besuchliste im Rahmen der Corona Pandemie

Einrichtung: _____ 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		
Telefonnummer		
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 <input type="radio"/> vollständig geimpft (2. Impfung vor mehr als 15 Tagen) <input type="radio"/> Genesenennachweis (Nachweis vor mind. 28 Tagen und nicht älter als 6 Monate)	Testergebnis: negativ <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> sofortiger Ausschlussgrund und Meldung an das Gesundheitsamt
Kontakt zu Personen mit COVID-19 <small>oder Aufenthalt in einem ausgewiesenen Risikogebiet (außerhalb Deutschlands) in den letzten 14 Tagen</small>	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. Anweisungen des Personals werden umgesetzt.

Zuwiderhandlungen und falsche Angaben können zum Abbruch des Besuchs führen.

Ein positives Testergebnis wird umgehend an das Gesundheitsamt gemeldet. In diesem Fall müssen Sie sich sofort 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 Datenschutzkonform verwahrt und nach 3 Wochen vernichtet. Die Erhebung erfolgt aufgrund der Regeln des Landes Niedersachsen im Rahmen der Corona Pandemie.

Geltungsbereich	Gültig bis	Freigabe von / am	Bearbeiter Funktion	Version	Letzte Änderung von / am	Seite
Alle Pflegeeinrichtungen	auf weiteres	GF 25.08.2021	QM	19	QM	Seite 1 von 1