

Besuchs-Erfassung nach den Robert-Koch-Institut-Richtlinien



Deutschordens-Altenzentrum
Pfarrer-Braun-Haus gGmbH
WOHNEN – LEBEN – HILFEN für Senioren

1) Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Eintreffens-Uhrzeit: _____

aufgesuchte/r Bewohner/in: _____

Wohnbereich: _____

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet gemäß Definition des Robert-Koch-Institutes aufgehalten (Auskunft erhalten Sie über www.rki.de) oder hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die sich in einem Risikogebiet aufgehalten hat?

ja nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit bestätigter COVID-19-Erkrankung?

ja nein

Weisen Sie derzeit Erkältungssymptome auf? Falls ja, kreuzen Sie bitte entsprechende Symptome an:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Schläfrigkeit |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit/Atemnot | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskel-/Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> verstopfte Nase | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Apathie |
| <input type="checkbox"/> Fehlen von Geruchs- und Geschmackssinn | | |

Art des Besuchs

Zimmer/Appartement Café/Restaurant/Außenbereich Abholer/in

2) Verpflichtungserklärung:

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben. Ich habe Informationen zu den Hygienemaßnahmen erhalten, verstanden und ich verpflichte mich, diese umzusetzen.

Falls ich innerhalb der kommenden zwei Wochen positiv auf COVID-19 getestet werde, verpflichte ich mich hiermit, die Zentrumsleitung unter der Telefonnummer (02266) 93-0 oder der Mail-Adresse kontakt@do-pbh.de umgehend darüber zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift Besucher/in

3) Ab hier von der Deutschordens-Altenzentrum Pfarrer-Braun-Haus gGmbH auszufüllen:

Temperatur > 37,8°C ja nein

Ihnen wird der Einlass in das Deutschordens-Altenzentrum Pfarrer-Braun-Haus **nicht** gewährt.

Unterschrift Mitarbeitender