

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

1) Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Eintreffens-Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt Verlassen der Einrichtung: \_\_\_\_\_

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](http://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 (0221) 8997-204 oder der Mail-Adresse [kontakt@do-wohnstift.de](mailto:kontakt@do-wohnstift.de) umgehend darüber zu informieren.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucher/in

3) Ab hier von der Deutschordens-Wohnstift Konrad Adenauer gGmbH auszufüllen:

Temperatur > 37,8°C  ja  nein

Ihnen wird der Einlass in das Deutschordens-Wohnstift Konrad Adenauer **nicht** gewährt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeitender