

# Fragebogen für Besucher



**Nur für negativ Getestete ist ein Besuch möglich!**

Bitte zeigen Sie die Impf- bzw. Testnachweise auf Verlangen vor.

Datum: \_\_\_\_\_ Besuchszeit von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Bewohnerin/Bewohner: \_\_\_\_\_

Besucher sind verpflichtet und selbst verantwortlich die nachfolgenden Angaben zu tätigen.

**Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass meine Angaben korrekt sind und die aufgeführten Zutrittsvoraussetzungen für mich zutreffen, dass ich über die Verhaltensregeln (Aushang) informiert 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. Hiermit stimme ich zu, dass meine persönlichen Daten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer) zum Zweck der gesetzlich vorgeschriebenen Kontaktnachverfolgbarkeit durch einen Vertreter der oben genannten 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 (IFFG) obliegenden Aufgaben erforderlich ist. Nach Ablauf dieser Aufbewahrungsfrist werden die Daten unverzüglich gelöscht. Eine Verarbeitung der Daten zu anderen Zwecken erfolgt nicht.

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ich/wir sind <b>frei</b> von Symptomen einer <b>Erkältung</b></li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ich/wir sind unseres Wissens <b>nicht</b> durch SARS-CoV-2 infiziert .</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ich/wir hatten innerhalb der letzten 14 Tage <b>keinen Kontakt</b> zu einem SARS-CoV-2 Infizierten und komme/n nicht aus einem Hochrisikoinzidenzgebiet</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ich/wir haben einen anerkannten <b>negativen POC Schnelltest</b>. Auf Anfrage kann der Nachweis vorgelegt werden</li></ul>  |

	Angaben des Besuchers 1	Angaben des Besuchers 2
Name, Vorname		
Straße, PLZ, Ort		
Telefonnr.		
<b>Unterschrift</b>		

*Vielen Dank für Ihre Unterstützung*