

Nachweisbogen bei Betreten der Seniorenzentren

Eigene Daten: *Dieses Feld bitte immer ausfüllen!*

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

Daten des besuchten Bewohners: *Diese Feld nur ausfüllen wenn Sie einen Patienten besuchen!*

Name, Vorname: _____ Zimmer: _____

Aufgesuchter Bereich: *Diese Feld nur ausfüllen wenn Sie einen Termin im Seniorenzentrum wahrnehmen!
(Dienstleister/in, Servicetechniker/in, etc.)*

Bereich _____

Fragebogen		<i>Dieses Feld bitte immer ausfüllen!</i>	
1.	Hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine nachgewiesene Corona-Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
2.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt zu einer Person, die an Corona erkrankt ist oder sich in Quarantäne befindet?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
3.	Haben Sie oder die Angehörigen ihres Hausstandes typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus, wie: Fieber (>38° C), Husten, Halsschmerzen, Geruchs- oder Geschmacksstörungen (bei Kindern zusätzlich: Magen-Darm-Infektion)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.	Unterliegt ein/e Angehörige/r ihres Hausstandes einer individuellen Absonderung (Quarantäne) aufgrund einer möglichen Infektion mit dem Coronavirus?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
5.	Haben Sie sich in den letzten 2 Wochen in einem Risikogebiet gem. Robert-Koch-Institut aufgehalten und/oder unterliegen einer Quarantänepflicht? <small>(vgl.: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html)</small>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Hinweis zur Datenverarbeitung:

Wir sind gesetzlich verpflichtet die Kontaktdaten unserer Besucher für einen Monat aufzubewahren und sie im Ausbruchsfall an das Gesundheitsamt herauszugeben. Nach dieser Frist werden die Daten datenschutzkonform vernichtet.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und erkläre mein Einverständnis mit den aktuell gültigen Besucherregelungen der DRK-Seniorenzentren Lahnaue und Wallau und dem o. g. Hinweis zur Datenverarbeitung.

Unterschrift Besucher/in _____

Wird von Mitarbeitern/innen des Seniorenzentrums ausgefüllt:

Besuchsdatum: _____ Besuchsbeginn: _____ Uhr Besuchsende: _____ Uhr

Handzeichen Mitarbeiter/in: _____