



Screeningbescheinigung für Besucher

Kontaktdaten

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

Angaben des zu besuchenden Patienten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Besuchsdatum:

von/bis:

Verpflichtungserklärung

Hiermit erkläre ich, dass von mir nach allem menschlichen Ermessen keine Ansteckungsgefahr bezüglich einer COVID-19-Erkrankung ausgeht (keine Covid-19-Symptome, keine Quarantäne, kein Aufenthalt im Risikogebiet).

Ich **verpflichte mich**, während des gesamten Aufenthaltes eine **FFP2-Maske** zu tragen, einen **Mindestabstand von 1,5 Metern** zu anderen Personen zu wahren und die Regeln der Händedesinfektion einzuhalten. **Ich nehme zur Kenntnis, dass ein fahrlässiges Zuwiderhandeln oder eine Falschangabe bei der Selbstauskunft eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.**

Unterschrift Besucher/in

Nachweis einer vollständigen Covid-19-Schutzimpfung liegt vor
(Die Zweitimpfung liegt mindestens 14 Tage zurück.)

ja

Nachweis der Genesung einer Covid-19-Erkrankung liegt vor

ja

Ein aktueller, qualifizierter negativer Covid-19-Test liegt vor
(PCR oder Schnelltest max. 48 Std./Kein Selbsttest)

ja

Datum:

Stempel

Unterschrift Mitarbeiter/in

Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.