

Erklärung zum Besuch



Diakonissen
Anstalt
Dresden

Zusendung
leben

DIAKO
Seniorenhilfe GmbH
Altenzentrum Schwarzenhaus

Aufbewahrung unter Sicherheiten des
Datenschutzes: 4 Wochen

Besucher: _____

Telefon/ E-Mail: _____

Name des Bewohners, der besucht wird:

Hiermit erkläre ich:

- Ich habe keine Erkältungs-Symptome.
- Ich bin mit einem Schnelltest einverstanden.
- Ich habe einen qualifizierten Schnelltest (nicht älter als 24h) oder PCR-Test (nicht älter als 48 h) mitgebracht.
- Ich bin nicht geimpft. Ich bin mit einem Schnelltest einverstanden.

Ich weiß, dass im Falle eines positiven Befundes der Besuch nicht gestattet wird und ich mich auf direktem Wege in eine Corona-Ambulanz begeben muss. Es gilt Maskenpflicht im Haus außerhalb des Bewohnerzimmers. Für ungeimpfte Personen gilt bitte: FFP2-Maske während des gesamten Besuches.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Besucher: _____

Ergebnis Schnelltest: Positiv O Negativ O

Kopie bei positivem Test ausgehändigt (Original bleibt im Haus) Ja O

Weiterleitung Gesundheitsamt am: Sign. EL:

Besuch gewährt: Ja O Nein O

HZ Mitarbeiter: