

**AGAPLESION gAG**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
 um unsere Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen bestmöglich vor dem Coronavirus (SARS-CoV-2) zu schützen,  
 bitten wir Sie um Beantwortung der nachfolgenden Fragen und Einhaltung unserer Hygienevorgaben.

Name, Vorname (besuchende Person)		
Adresse		
Telefonnummer		
Besuchte Personen: (Name, Vorname, ggf. Wohnbereich)		
1. Ich oder Angehörige meines Hausstandes befinde/n mich/sich aktuell in einer angeordneten Quarantäne/häuslichen Isolierung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. Ich oder Angehörige meines Hausstandes haben aktuell folgende Symptome: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Husten, Schnupfen, Halsschmerzen</li> <li>• Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn</li> <li>• Fieber (Messung empfohlen &amp; möglich)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. Ich hatte in den letzten 14 Tagen ohne Mund-Nasen-Schutz / FFP2-Maske <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontakt zu Person mit SARS-CoV-2 Nachweis</li> <li>• rote Corona-Warn-App „erhöhtes Risiko“</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4. Ich war in den letzten 14 Tagen in einem Corona <a href="#">Hochrisiko- oder Virusvariantengebiet</a> n. RKI	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5. Ich bin gegen SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> vollständig geimpft <input type="checkbox"/> COVID-19 genesen <input type="checkbox"/> nicht geimpft / genesen <input type="checkbox"/> genesen + geimpft	Negativer Antigen-Schnelltest (Selbsttest nicht zulässig) - nicht älter als 24h - <input type="checkbox"/> vorhanden PCR-Test - nicht älter als 48h: <input type="checkbox"/> vorhanden	
<p><b>Wenn die Fragen Nr. 1 - 4 mit „Ja“ beantwortet werden, ist der Einlass grundsätzlich nicht möglich.</b>                  Ein Einlass ist nur möglich, wenn ein Impf- oder Genesenennachweis oder aktueller negativer SARS-CoV-2-Test vorliegt bzw. ein Test mit negativem Ergebnis in der Einrichtung durchgeführt wird.</p>		
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich über die <a href="#">Verarbeitung personenbezogener Daten</a> im Rahmen des Covid-19 nach § 17 DSGVO-EKD informiert wurde. <input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich über die Schutzmaßnahmen aufgeklärt wurde und versichere die Einhaltung der folgenden Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tragen einer FFP2-Maske ohne Ausatemventil, die Aushänge sind zu beachten</li> <li>• Husten- &amp; Niesetikette beachten und Lüften des Bewohner:innenzimmers</li> <li>• Durchführung der Händedesinfektion gemäß Einweisung/Information</li> <li>• Einhalten des Mindestabstands (mindestens 1,5 m) zu allen Personen in allen öffentlichen Bereichen</li> </ul>		
Betretten der Einrichtung (Uhrzeit):	Verlassen der Einrichtung (Uhrzeit):	

Ort, Datum

Unterschrift Besucher:in

Vom Personal auszufüllen:

Impf- oder Genesenennachweis* oder negativer SARS-CoV-2-Test liegt vor: (*s. <a href="#">AGA Definition SARS-CoV-2 Impf- und Genesenennachweis</a> )	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ort, Datum	Unterschrift	