

 <p>PFLEGEZENTRUM HAUS RAUSCHENBERG</p>	<h1>QMH</h1>	Geltungsbereich: Alle
Schutzkonzept		

Erklärung Besucher/Therapeutisches Personal

Name:	Vorname:
Telefonnummer:	
Anschrift:	
Datum:	Uhrzeit des Besuchs:

Ich versichere, dass

- ich keine Krankheitssymptome für COVID-19, insbesondere Fieber, trockenen Husten (nicht durch chronische Erkrankungen verursacht), Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinns aufweise
- ich oder Angehörige des gleichen Hausstandes keiner individuell oder generell angeordneten Absonderung aufgrund einer möglichen oder nachgewiesenen Infektion eines Haushaltsangehörigen mit SARS-CoV-2 unterliegen. (Gilt nicht für geimpfte oder genesene Besucherinnen oder Besucher)
- ich oder Angehörige des gleichen Hausstandes keiner Absonderung unterliegen, die auf eine in Deutschland noch nicht verbreitet auftretende Virusvariante des Coronavirus SARS-CoV-2 mit vom RKI definierten besorgniserregenden Eigenschaften zurückzuführen ist. (Gilt für geimpfte oder genesene Besucherinnen oder Besucher)
- bei einem positiven Testergebnis in Bezug auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 14 Tage nach Testung vergangen sind oder ein negativer PCR-Test nachfolgend vorliegt
- ich in die erforderlichen Schutzbestimmungen wie Hygieneregeln (vor und nach dem Besuchskontakt Hände desinfizieren), das Abstandsgebot, das korrekte Tragen der FFP2-Maske, ein direktes Aufsuchen der Bewohnerinnen- und Bewohnerzimmer bzw. Besuchsräume durch die Einrichtung eingewiesen wurde

Wir weisen darauf hin, dass im Hinblick auf die Speicherung und ggf. Übermittlung der personenbezogenen Daten an die zuständige Behörde die Bestimmungen der Art. 13, 15, 18 und 20 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) vom 27. April 2016 (ABl. EU Nr. L 119 S. 1, Nr. L 314 S. 72, 2018 Nr. L 127 S. 2) zur Informationspflicht und zum Recht auf Auskunft zu personenbezogenen Daten keine Anwendung finden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Für die Einrichtung:

Negatives Testergebnis eingesehen (Datum/HZ):

Impfbescheinigung eingesehen (Datum/HZ):

Genesenen – Bescheinigung eingesehen (Datum/HZ):

Erstellt von: EL	Erstellt am: 30.04.2020	Überarbeitet am: 20.05.2021	Gültigkeitsdauer: bis auf Weiteres	Freigabedatum: 20.05.2021	Freigegeben von: GF
---------------------	----------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	------------------------