

Name, Vorname des Besuchers/der Besucherin:

- 1) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Besuch Kontakt zu einer mit dem Coronavirus infizierten Person? Ja Nein
- 2) Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (>37,5° Celsius) Ja Nein
- 3) Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen? Ja Nein
- 4) Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Halsschmerzen, Luftnot oder Schnupfen)? Ja Nein

Sofern eine dieser Fragen mit **JA** zu beantworten ist, ist ein **Besuch nicht gestattet**. Ein **Zuwiderhandeln kann als Ordnungswidrigkeit geahndet werden und Schadensersatzansprüche auslösen**.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die besuchte Person regelhaft **nur zwei Besucher pro Tag empfangen darf** und dass ich als Besucherin/Besucher nach den Coronaverordnungen des Landes Baden-Württemberg **verpflichtet bin**,

während des gesamten Besuchs in den Innenräumen der Einrichtung eine **Mund-Nasen-Bedeckung** zu tragen.

einen **Mindestabstand von 1,5 Metern** zu jeder anderen Personen zu wahren, es sei denn, ich bin mit der anderen Person in gerader Linie verwandt oder deren Schwester/Bruder/(Groß-)Tante oder Onkel/(Groß-)Nichte oder Neffe oder lebe im gleichen Haushalt oder bin Ehegatte/Lebenspartner/Partner einer der vorgenannten Personen.

mich nicht in den Gemeinschaftsflächen wie Aufenthaltsräumen, Essbereichen usw. aufzuhalten, es sei denn, diese sind ausdrücklich als Besucherbereich gekennzeichnet.

mir bei Betreten der Einrichtung die **Hände** mit dem am Eingang zur Verfügung gestellten Desinfektionsmittel zu **desinfizieren**.

zu Beginn meines Besuchs meine Kontaktdaten und die Besuchszeit für den Fall einer erforderlichen Kontaktnachverfolgung anzugeben.

Ich nehme zudem zur Kenntnis, dass die Einrichtung bei Verstößen ein Besuchsverbot verhängen kann und dass eine Falschangabe meiner Daten eine Ordnungswidrigkeit darstellt.

(Datum) (Unterschrift)

Besucherregistrierung*

Seniorenzentrum: _____

Besuchte Person

Besucher Bewohner/in: _____

(Vor- und Nachname)

Angabe Besucherin/Besucher

Vorname, Name des Besuchers: _____

Anschrift **ODER** Telefonnummer

des Besuchers: _____

Besuchszeit

Besuchsdatum: _____

Besuchszeit (Beginn und Ende): _____ Uhr bis _____ Uhr

* Ihre Daten werden zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Ortspolizeibehörde nach §§ 16, 25 IfSG gespeichert. Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.