

Selbstauskunftsbogen für Besucher

St. Josef

St. Barbara

Bewohnername: _____

Datum / Uhrzeit des Besuches: _____

Vor- und Zuname des Besuchers	Kontaktdaten (Email-Adresse/ Telefonnummer)	Erkennbare Atemwegs- erkrankun- gen?	Fieber, Kopf- schmerzen, Glieder- schmerzen, Übelkeit?	Covid- 19- Infektion	Kontakt zu einer Covid-19 positiv getesteten Person innerhalb der letzten 14 Tage?	Hinweis zu den Hygienerichtlinien für Besucher (Besucherregeln) gelesen?
		Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben aktuell sind, d. h. erst am Tag des Besuchs gemacht wurden und der Wahrheit entsprechen.

Unterschrift / Besucher 1: _____

Unterschrift / Besucher 2: _____