

# Selbstauskunft Prävention Covid-19

Name,  
Vorname: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Besuch bei: \_\_\_\_\_

Ich bin:  Besucher\*in  \_\_\_\_\_

## Sie haben Zutritt zu unserer Einrichtung,

- wenn Sie ein negatives Testergebnis vorweisen.  
(PoC-Test nicht älter als 24 Stunden, PCR-Test nicht älter als 48 Stunden)
- wenn Sie frei von Symptomen sind, die auf eine Corona-Infektion hinweisen.
- wenn Sie unsere Schutz- und Hygienmaßnahmen (s. Rückseite) beachten.
- wenn Sie während des gesamten Aufenthalts in der Einrichtung eine FFP2-Maske tragen, auch wenn Sie genesen oder geimpft sind.

## Bitte bestätigen Sie uns folgende Angaben

Ich habe ein neg. Testergebnis vom: \_\_\_\_\_  
Datum Uhrzeit

Art des Testes:  PoC- Schnelltest  PCR- Test

**Erklärung:** Hiermit bestätige ich, dass die oben genannten Angaben den mir bekannten Tatsachen entsprechen. Mir ist bewusst, dass falsche Angaben auch rechtliche Konsequenzen für mich haben können. Bei Änderung des Sachverhalts, auch in den nächsten Tagen (Auftreten von Symptomen bei mir selbst, oder bei anderen mir nahen Personen) werde ich die Einrichtung umgehend informieren.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser Vorgaben zum Schutz der Bewohner\*innen. Mir ist bewusst, dass bei Missachtung der Regeln vom Hausrecht Gebrauch gemacht werden kann. Im Interesse aller Beteiligten behalten wir uns vor, Zuwiderhandlungen zur Anzeige zu bringen. Die ergänzenden Hinweise zum Schutz- und Hygienemaßnahmen auf der Rückseite habe ich zur Kenntnis genommen!

**Hinweis zum Datenschutz:** Diese Selbstauskunft wird benötigt zur Risikoabklärung und Nachverfolgung möglicher Kontaktketten im Rahmen des Infektionsgeschehens in Bezug auf Covid-19. Ihre Daten werden elektronisch und papiermässig verarbeitet. Wir bewahren dieses Formular nur für die notwendige Dauer (30 Tage) auf, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben gemäß dem Kirchlichen Datenschutzgesetz.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

<b>nur von der Einrichtung auszufüllen:</b> <input type="checkbox"/> Testnachweis lag vor <input type="checkbox"/> Identität geprüft (Person bekannt oder Ausweis lag vor)	
	Datum, Unterschrift MA



Amtsgericht Augsburg: HRB 16232  
Aufsichtsratsvorsitzende: Dr. Katharina von Ciriacy-Wantrup  
Geschäftsführung: Brigitta Hofmann · Herbert G. Kratzer

## Schutz- und Hygienemaßnahmen für Ihren Besuch während der COVID-19-Pandemie

Unsere Hygieneregeln sind für alle Personen, die unsere Einrichtung betreten, verbindlich.

Bei Fragen oder Unsicherheiten können Sie gerne auf uns zukommen!



Sie sind frei von Symptomen, die auf eine Corona-Infektion hinweisen



Sie verfügen über ein aktuelles negatives Testergebnis (PoC-Test nicht älter als 24 Stunden, PCR-Test nicht älter als 48 Stunden)



Halten Sie zu jeder Person, sei es Bewohner\*in oder Mitarbeiter\*in 1,5 m Mindestabstand – auch zu der Bewohner\*in, die Sie besuchen.



Tragen Sie während des gesamten Aufenthalts in der Einrichtung eine FFP2-Maske, auch wenn Sie genesen oder geimpft sind.



Bitte vermeiden Sie nach Möglichkeit die Benutzung des Aufzugs, bzw. nutzen Sie diesen nur allein.



Bitte desinfizieren Sie sich beim Betreten der Einrichtung die Hände, ebenso beim Verlassen.



Bitte benutzen Sie unsere Besuchertoiletten im Erdgeschoss.

**Vielen Dank für Ihre Mitwirkung und Ihre Unterstützung.**

Grundlage ist die aktuelle Infektionsschutzmaßnahmenverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

Stand: 16. November 2021