

## CORONA VIRUS



### Selbstauskunftserklärung für Angehörige, Betreuer, Dienstleister und Besucher der Altenhilfe-Zentrum St. Clemens Münster-Hiltrup gGmbH

Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_ (Name, Vorname)

\_\_\_\_\_ (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_ (Telefon)

dass ich in den vergangenen 14 Tagen keinen wissentlichen direkten Kontakt zu Personen gehabt habe, die positiv auf das Coronavirus getestet wurden oder die Symptome wie Fieber, Husten, Atemnot, eventuell auch Übelkeit oder Durchfall ("grippeähnliche Symptome") bei sich feststellten.

dass ich in den vergangenen 14 Tagen keinen Aufenthalt im Ausland oder einem inländischen Gebiet, falls diese als besonders betroffene Gebiete ausgewiesen sind, gehabt habe.

dass ich aktuell keine grippeähnlichen Symptome wie Fieber, Husten oder Atemnot, eventuell auch Übelkeit oder Durchfall habe.

dass ich in die einzuhaltenden Hygienemaßnahmen eingewiesen worden bin und das Hygiene- und Besuchskonzept der Einrichtung zur Kenntnis genommen habe.

dass ich ab einer Temperatur von 37,8° C von einem Besuch Abstand nehme.

dass Besucher und Besucher die Verantwortung für die Einhaltung des Infektionsschutzes im Zimmer sowie während des Verlassens der Einrichtung tragen (vgl. jeweils gültige CoronaAVPflegeundBesuche).

Gemessene Temperatur: \_\_\_\_\_ °C

Ich besuche: \_\_\_\_\_

Beginn des Besuches: \_\_\_\_\_ Ende des Besuches: \_\_\_\_\_

Sollte ich erneut zu Besuch kommen, bin ich verpflichtet, diese Selbstauskunft erneut auszufüllen.

Ich bin mit der Aufbewahrung dieses Dokumentes für vier Wochen einverstanden. Das Dokument wird vier Wochen nach Ende des Besuches vernichtet.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

1. Aus Gründen besserer Lesbarkeit verzichten wir in unseren Texten auf das große I, die Gendergap ( \_ ) und den Transgenderstern (\*). Stattdessen verwenden wir abwechselnd die weibliche und die männliche Sprachform. Selbstverständlich meinen wir aber immer alle Geschlechter und sexuelle Orientierungen.