SENIORENSTIFT
HOHENWALD

Liebe Angehörige und Besucher unserer Einrichtung,

bitte helfen Sie uns dabei, dass es zu keiner Isolationspflichtigen Infektion in unserer Einrichtung kommt.

Wir bitten Sie diese Information genau zu lesen, sich an unser Hygiene – Schutzkonzept (aushängend am Haupteingang und den Wohnbereichen) zu halten, sich regelmäße die Hände zu waschen / zu desinfizieren und ausreichend Abstand zu halten.

Name	Vorname
Adresse	Telefonnummer
Besuchszeit **von / bis**	Datum

Ich versichere mit Nachstehender Unterschrift, dass ich über die Hygiene und Schutzmaßnahmen aufgeklärt wurde. Ebenso versichere ich, dass ich oder ein Angehöriger des gleichen Hausstandes keine Krankheitssymptome für COVID-19 (insbesondere Fieber, trockener Husten, Verlust Geschmacks- und Geruchssinns) aufweise(n), sowie dass weder ich noch eine Person aus dem gleichen Hausstand sich in einer individuell angeordneten Quarantäne befinden.

Unterschrift	besuchter Bewohner

Dieses Formular ist bei den **Pflegekräften nach Ihrem Besuch vollständig** ausgefüllt abzugeben. Es wird durch uns 4 Wochen, vor Einsicht von Dritten geschützt, aufbewahrt und danach nach den derzeit bestehenden Datenschutzbestimmungen entsorgt.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und die Unterstützung.

Ihr Team des Seniorenstifts