



Clementine v. Wallmenich-Haus

Wohn- und Pflegezentrum

Eigenerklärung

Name des Besuchers: _____

Telefonnummer: _____

Name des Bewohners: _____

Wohnbereich: _____

Besuchsbeginn: _____ Besuchsende: _____

Symptome:

Fieber $\geq 38,5$ °C Ja Nein

Husten Ja Nein

Atemnot Ja Nein

Durchfall Ja Nein

Geruchs-/Geschmacksstörungen Ja Nein

Kontakt mit COVID-positiven Patienten ≥ 14 Tage Ja Nein

Selbst positiv auf COVID 19 getestet Ja Nein

Ich verpflichte mich die Hygieneregeln des Hauses einzuhalten. (Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, Mindestabstand von 1,5 m einzuhalten und beim Betreten und Verlassen der Einrichtung meine Hände zu desinfizieren, Hust- und Nies-Etikette)

Amberg, den _____

Unterschrift