



## Eigenerklärung

Name des Besuchers: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name des Bewohners: \_\_\_\_\_

Wohnbereich: \_\_\_\_\_

Besuchsbeginn: \_\_\_\_\_

### 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  $\leq 14$  Tage  Ja  Nein

Selbst positiv auf COVID 19 getestet  Ja  Nein

Geimpft

Genesen (nicht länger als 6 Monate)

Getestet am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass meine Angaben korrekt sind und bei Stichproben ein entsprechender Nachweis vorgezeigt werden kann.

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