

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Nachname, Vorname

- Negativer Corona-Test vorhanden**
- Vollständig geimpft**
- Genesen**

Sehr geehrte Besucher,

heute möchten Sie eine/n PatientIn/ten in unserer Einrichtung besuchen. Deshalb möchten und müssen wir Sie gemäß der Corona-Bekämpfungsverordnung Rheinland-Pfalz, sowohl auf die Verhaltensregeln, als auch auf die mit Ihrem Besuch verbundenen Risiken aufmerksam machen.

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass Sie sich an folgende Verhaltensregeln halten:

- Sie müssen zu jeder Zeit mindestens 1,50 m Abstand zur besuchten Person einhalten.
- Sie müssen immer eine FFP2 Maske tragen.
- Sie müssen den angeordneten Hygieneregeln (Händedesinfektion...) nachkommen.
- Sie müssen frei von Symptomen einer Atemwegserkrankung sein.
- Sie dürfen nicht durch SARS-CoV-2 infiziert sein.
- Sie dürfen keinen Kontakt zu einem SARS-CoV-2 Infizierten gehabt haben.

**Angaben des Besuchenden:**

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

Datum des Besuchs: \_\_\_\_\_ Besuchszeit von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

- Ehepartner / Lebensgefährte     Sohn / Tochter     Betreuer/in     Sonstige

**Persönliche Erklärung der besuchenden Person**

**Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich über die Verhaltensregeln informiert und beraten wurde und ich mich an die Regeln halten werde.**

**Mir ist bekannt, dass die Einrichtung keine Garantie dafür abgeben kann, dass sich in der Einrichtung nur Personen aufhalten, die nicht von einer Covid-19-Infektion betroffen sind.**

**Auch ist mir bewusst, dass durch meinen Besuch die Covid-19-Infektionsgefahr für die Patienten/innen und sonstigen Personen in der Einrichtung und mich, steigen kann.**

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