

Datum / Uhrzeit / Dauer des Besuchs / Besprechung

Vollständiger Name

Kontaktdaten (umfasst Straße / Hausnummer / PLZ und Ort, sowie mind. eine Telefonnummer)

Einrichtung/Ort und Grund des Besuchs bzw. besuchter Klient/Klientin

Hiermit versichere ich, dass für meine Person und alle Personen in meinem Hausstand gilt, dass

- aktuell keine Person positiv auf Covid-19 getestet wurde,
- aktuell keine Person Erkältungssymptome, wie Husten, Fieber o.ä. aufweist
- aktuell keine Person ein sogenannter Verdachtsfall auf Covid-19 ist,
- aktuell keine Person Kontakt zu einer positiv getesteten Person innerhalb der letzten 14 Tage hatte.

- Ich verfüge über einen vollständigen Impfschutz* mit einem in der EU zugelassenen Impfstoff. Einen entsprechenden Nachweis lege ich beim Besuchsantritt vor.
- Ich bin in der Vergangenheit positiv auf das SARS-CoV-2 Virus getestet worden, wobei der Nachweis der Infektion älter als 28 Tage, aber nicht älter als 3 Monate ist.
- Bei Besuchsantritt lege ich einen negativen PoC-Antigen-Schnelltest einer qualifizierten Teststelle (Testzentrum, Apotheke etc.) vor, der nicht älter als 24 Stunden ist.

Die Risiken, die mit einer Covid-19 Erkrankung gegeben sind, sind mir bekannt. Die im Rahmen des Hygienekonzeptes der WABe festgelegten Vorsorgemaßnahmen werden durch mich während des Aufenthaltes in einer Einrichtung der WABe eingehalten.

In die Speicherung der personenbezogenen Daten gem. EU-DSGVO zum Zwecke der Nachverfolgung der Infektionsketten im Fall einer Covid-19 Erkrankung stimme ich zu. Die Daten sind 4 Wochen nach Ablauf des heutigen Tages nachhaltig durch die WABe zu löschen.

Ort, Datum

Name / Anschrift / Unterschrift

* Über einen vollständigen Impfschutz verfügen Sie auch dann, wenn Sie die Krankheit bereits durchlaufen haben und mit einer einmaligen Impfdosis eines in der EU zugelassenen Impfstoffs geimpft wurden.