

Kontaktpersonennachverfolgung Besucher

1. geltende Hygieneregeln im Reha Zentrum Spreewald

- Einhaltung des Mindestabstandes
- Regelmäßige Händedesinfektion
- Tragen einer FFP2-Maske

Hiermit bestätige ich, dass ich **nicht** an den folgenden Symptomen erkrankt bin und verpflichte mich die o. g. **Hygieneregeln konsequent einzuhalten**.

Symptome

- Fieber,
- Husten,
- Halsschmerzen
- Störungen des Geruchs- und Geschmackssinns
- allgemeine Schwäche
- Schnupfen
- Magen- Darm Symptomatik

Für **Besucher** ist vor Betreten des Hauses die Vorlage einer *der folgenden Nachweise* erforderlich:

- Vorlage eines negativen Schnelltests (nicht älter als 24 h) **ODER**
- Vorlage eines negativen PCR Tests (nicht älter als 48 Stunden)

Bitte füllen Sie die untenstehenden Angaben **vollständig** aus.

Wen besuchen Sie? _____

Zi.nr.: _____

Name, Vorname _____

Telefonnummer _____ oder

Mailadresse _____

Datum _____

Uhrzeit Zutritt: _____

Uhrzeit Verlassen: _____

Unterschrift _____

Die Daten werden nach vier Wochen gelöscht.