



**Gemeinnützige Gesellschaft für den Betrieb von
Pflegeeinrichtungen und andere Dienste der
Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Gießen/Land mbH**

Langzeitpflege ♦ Kurzzeitpflege ♦ Tagespflege ♦ Essen auf Rädern

Liebe/Sehr geehrte Damen und Herren Angehörige,
sehr geehrte Betreuende und Besuchende unserer Einrichtung,

heute möchten Sie eine Bewohnerin oder einen Bewohner in unserer Einrichtung besuchen. Allerdings müssen wir Sie gemäß der „Zweite Verordnung zur Bekämpfung des Corona-Virus, Corona- Einrichtungsschutzverordnung /Stand 16.Dezember 2020 sowie Vorgehen zur Eindämmung von SARS-Co-2 in Hessen, Eskalationskonzept des Landes Hessen für die kreisfreien Städte und Landkreise“ 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:

- Jede Bewohnerin / jeder Bewohner darf **zweimal pro Woche zu den genannten Besuchszeiten** von **einem** Besucher / **einer** Besucherin Besuch erhalten.
- Sie müssen zu jeder Zeit **mindestens 1,50 m Abstand** zur besuchten Person einhalten.
- Sie müssen **immer eine FFP 2 Maske** tragen (wird von uns gestellt).
- Sie müssen den angeordneten Hygieneregeln (Desinfektion, ggf. Kleidung, keine Speisen sowie Getränke mitbringen) nachkommen.
- Sie müssen frei von Symptomen einer Atemwegserkrankung sein.

Angaben des Besuchenden:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Datum des Besuchs: _____ Besuchszeit von: _____ bis: _____

Name Bewohnerin/Bewohner: _____

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 Corvid-19-Infektion betroffen sind.

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

Unterschrift: _____

Version: 2.0	Seite 1 von 1	Datum: 13.01.2021
Erstellt durch: QMB/HB <i>QMB</i>	Geprüft durch: QMB <i>QMB</i>	Freigegeben durch: GF/HL <i>GF/HL</i>