

## Besuchsformular für einen Besuch in der Einrichtung (gemäß 12. BayIfSMV)

Datum und Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Bewohner (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Besucher (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Adresse Besucher: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Covid-19 Testergebnis (nicht älter als 24 Std)**  Ja  Nein

**Vollständig geimpft?**  Ja  Nein

**Vollständig genesen?**  Ja  Nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine nachgewiesene Corona-  
Erkrankung?  Ja  Nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer an Corona erkrankten Person oder  
waren Sie selbst in häuslicher Quarantäne?  Ja  Nein

Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Symptome wie Fieber, Husten,  
grippaler Infekt, Geruchs-/Geschmacksstörung?  Ja  Nein

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem ausgewiesenen Risikogebiet aufgehalten?  
 Ja  Nein

**Hiermit bestätige ich, dass ich die ausgehändigten Besucherregelungen  
gelesen und verstanden habe und die beschriebenen Schutz- und  
Hygienevorgaben einhalte.**

Ihre Daten werden von uns nicht weitergegeben und nur im Rahmen der  
Kontaktpersonenrückverfolgung genutzt. Nach Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen  
Aufbewahrungsfrist werden Ihre Daten vernichtet.

Ich bin mit der Erhebung meiner Daten im beschriebenen Umfang einverstanden.

Ja  Nein

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_