

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu Ihrem Schutz und zur Nachverfolgung bzw. Verhinderung der Ausbreitung des Corona-Virus in unseren AMEOS Einrichtungen Ratzeburg, möchten wir Sie hiermit bitten, Ihre Kontaktdaten gem. §28a Absatz 4 IfSG, auf diesem Formular wahrheitsgemäß anzugeben.

Zusätzlich ergibt sich aus §28a Absatz 7 Nr. 2 IfSG für uns die gesetzliche Verpflichtung, dass wir nur Personen mit einem gültigen Impf- oder Genesenen-Nachweis oder einem gültigen Testzertifikat den Zutritt zu unserer Einrichtung erlauben dürfen. Dies sind:

- Ein **Impfausweis** mit dem Nachweis einer vollständigen Impfung gegen COVID-19 (als vollständig geimpft gilt man ab dem 15. Tag nach der Zweitimpfung)
- oder
- ein **schriftlicher Nachweis als COVID-19 genesene Person** in Form eines positiven PCR-Laborergebnisses (ab dem 28. Tag bis zum 90. Tag ab dem Datum der Abnahme des positiven Tests)
- oder
- ein **negatives Antigen-Schnelltest-Ergebnis**, nicht älter als 24 Stunden, oder ein PCR-Test nicht älter als 48 Stunden, wenn keine Impfung oder ein Genesenen-Status vorgezeigt werden kann.

Der entsprechende **Nachweis sowie Ihr Personalausweis** müssen bereitgehalten und unaufgefordert vorgezeigt werden. **Bitte beachten Sie, dass in den jeweiligen Bereichen der AMEOS Einrichtungen Ratzeburg unterschiedliche Zutrittsvoraussetzung bestehen können.** Auf die entsprechenden Verordnungen des Bundes und des Landes Schleswig-Holstein wird hiermit ausdrücklich hingewiesen. Wird die Erhebung der Kontaktdaten verweigert oder kein gültiger Nachweis vorgelegt, so ist die Person von dem Besuch oder der Nutzung der Einrichtung oder der Teilnahme an der Veranstaltung auszuschließen (LandesVO §9 Abs. 1 Nr. 2).

Ihre Kontaktdaten

Name, Vorname in Druckbuchstaben _____ Geburtsdatum _____

Besucher Rehabilitand Lieferant/Dienstleister/Sonstiges _____

Firma/Betrieb/etc. _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____ Telefonnummer _____

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich wahrheitsgemäße Angaben gemacht habe und frei von Symptomen bin. Ich wurde über die Hygiene- und Verhaltensregeln informiert.

Datum _____ Unterschrift _____

Die nachfolgende Tabelle ist von der/dem diensthabenden Mitarbeitenden auszufüllen:

Negatives Testnachweis liegt vor	Datum, Zeit des Testes	Datum, Zeit der Prüfung	Hdz. MA
<input type="checkbox"/> Impfausweis (15. Tag nach der Zweitimpfung)			
<input type="checkbox"/> Nachweis als COVID-19 genesene Person			
<input type="checkbox"/> Antigen-Schnelltest (nicht älter als 24 Stunden)			
<input type="checkbox"/> PCR-Test (nicht älter als 48 Stunden)			