

Hygienecheckliste

Liebe Gastgeberin, lieber Gastgeber,

bitte reinige alle folgenden Oberflächen mit dem von uns bereitgestelltem Flächendesinfektionsmittel, um das Infektionsrisiko für alle so gering wie möglich zu halten.

Foyer			
<input type="checkbox"/>	Türklinke Eingang	<input type="checkbox"/>	Stifte
<input type="checkbox"/>	großer Tisch	<input type="checkbox"/>	Lichtschalter
<input type="checkbox"/>	(runder) Kindertisch	<input type="checkbox"/>	weitere genutzte Kontaktflächen
<input type="checkbox"/>	Desinfektionsmittelspender		
Küche			
<input type="checkbox"/>	Arbeitsplatte	<input type="checkbox"/>	Griffe der Küchenschränke
<input type="checkbox"/>	Bedienfeld Geschirrspüler	<input type="checkbox"/>	Lichtschalter
<input type="checkbox"/>	Bedienfeld Mikrowelle	<input type="checkbox"/>	weitere genutzte Kontaktflächen
<input type="checkbox"/>	Kaffee-/ Teekannen		
WC			
<input type="checkbox"/>	Armatur	<input type="checkbox"/>	Türklinke
<input type="checkbox"/>	Seifenspender	<input type="checkbox"/>	Lichtschalter
<input type="checkbox"/>	Spüldrücker	<input type="checkbox"/>	weitere genutzte Kontaktflächen
<input type="checkbox"/>	Toilettensitz/ Toilettenbrille		
Spielzimmer			
<input type="checkbox"/>	Fenstergriffe	<input type="checkbox"/>	weitere genutzte Kontaktflächen
<input type="checkbox"/>	Lichtschalter		
Stillzimmer			
<input type="checkbox"/>	Wickeltisch	<input type="checkbox"/>	Lichtschalter
<input type="checkbox"/>	Glastisch	<input type="checkbox"/>	weitere genutzte Kontaktflächen
<input type="checkbox"/>	Türklinke		
Flur			
<input type="checkbox"/>	Lichtschalter (2 Stück)	<input type="checkbox"/>	weitere genutzte Kontaktflächen
<input type="checkbox"/>	Türklinken		

Hamburg, den _____ Datum & Unterschrift