

Kurzscreening für Besucher von vollstationären Einrichtungen der Pflege und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe sowie ähnlichen Einrichtungen während der COVID-19 Pandemie

Allgemeine Angaben zur eigenen Person:

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/r Bewohner/in	
Wohnbereich / Zimmernummer der Bewohner/in:	
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs:	

Angaben zu Erkältungssymptomen:

Haben sich in den letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschmacks- Geruchsverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Allergien) erklärbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Von der Einrichtung auszufüllen:

	JA	NEIN
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperaturkontrolle via IR-Thermometer °C		
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung