

**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 innerhalb der letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

|                                                                                                                   | JA                       | NEIN                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fieber                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Husten                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atemnot                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geschmacks- oder Geruchsverlust                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                 | JA                       | NEIN                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Von der Einrichtung auszufüllen:**

|                                                | JA                       | NEIN                     |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einlass des Besuchers wurde gewährt            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Besucher/in

08.5.2020  
 Evangelische Gesellschaft  
 für gemeinnützige Altenhilfe  
**OPLADEN**  
 mit beschränkter Haftung  
 Ulrichstraße 7  
 51379 Leverkusen

Datum, Unterschrift Einrichtung