

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 Tage eines der folgenden Symptome 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 erfolgt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung