

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 Angaben

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

Angaben zu Erkältungssymptomen

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

	Ja oder Nein	
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Haben Sie Ihren Wohnsitz in einem Risikogebiet?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Aufenthalt in einem Risikogebiet gehabt?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Von der Einrichtung auszufüllen

	Ja oder Nein	
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Datum, Unterschrift Besucher / in

Datum, Unterschrift Einrichtung