

Kurzscreening für Besucher während der COVID-19 Pandemie

Allgemeine Angaben zur eigenen Person:

Vor- und Nachname:	
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"/>

Von der Einrichtung auszufüllen:		
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt/ siehe Informationszettel	<input type="checkbox"/>	
Temperaturkontrolle: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich hatte keinen wissentlichen Kontakt zu Erkrankten oder Kontaktpersonen und begeben mich auf direktem Weg ohne Drittkontakt zum Bewohnerzimmer.

Listen werden für vier Wochen im Besuchsregister abgeheftet, aufbewahrt und anschließend vernichtet.

MA: _____
Datum: Hdz.

Besucher: _____
Datum/ Unterschrift