



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

Dieser Fragebogen ist vor dem Besuchstermin ausgefüllt und unterschrieben beim Pflegepersonal abzugeben.

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
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten/ 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"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 Positiven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test-/Impf-/Genesenenstatus (ein entsprechender Nachweis ist vorzulegen)	negativ getestet <input type="checkbox"/> geimpft <input type="checkbox"/> genesen <input type="checkbox"/>	

Von unserem Mitarbeiter auszufüllen	JA	NEIN
Temperatur unter 37.1°C gemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Abstandsregeln (mind. 1,50 m) und Hygieneregeln (Mund- und Nasenschutz, Händedesinfektion) sind mir bekannt und ich werde diese bei meinem Besuch einhalten.

Datum, Unterschrift Besucher/in