

Kurzscreening für Besucher und externe Dienstleister während der COVID-19 Pandemie



Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname: Straße : Wohnort:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/r Bewohner/in: Wohnbereich:	

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

Selbstverpflichtung der Besucherin / des Besuchers

Es ist mir bewusst, dass ich zur Sicherheit des / der von mir besuchte/n Bewohner/in verpflichtet bin auf die Hygiene- / Abstandsregeln während des Besuches zu achten, um den / die Bewohner/in nicht gesundheitlich zu gefährden. Ich verzichte auf körperliche Berührungen.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Nur von der Einrichtung auszufüllen:

Temperaturmessung		
Gemessene Temperatur:	_____ Grad	
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Einlass in die Einrichtung gewährt:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtungsvertreter