

## Kurzscreening für Besucher während der COVID-19 Pandemie

### Allgemeine Angaben zur eigenen Person (in DRUCKBUCHSTABEN)

Vor- und Nachname:		
Adresse:		
Telefonnummer:		
Aufzusuchende/r Bewohner/in:		
Wohnbereich/Zimmernummer der Bewohner/in:		
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs:		
	Zimmerbesuch <input type="checkbox"/>	Spaziergang <input type="checkbox"/>

Aktuelle Körpertemperatur (wird vor Ort gemessen und durch Einrichtung ausgefüllt):

Besuchsverbot bei Temperatur  $\geq 37,7^{\circ}\text{C}$

### 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	<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? Oder kommen Sie aus einem Risikogebiet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt (Mundschutzpflicht, Händedesinfektion, 1,5m Abstand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Felder werden durch Einrichtung ausgefüllt.

Ich bin, als Besucher, für die Einhaltung der o. g. Hygieneregeln verantwortlich

Datum, Unterschrift Besucher/in

Einlass gewährt :

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Einrichtung