

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

Allgemeine Angaben zur Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefon-Nr.:	
Aufzusuchende/r, Bewohner/in:	
Wohnbereich/Zimmernummer Bewohner/In:	
Datum, Zeit und Dauer des Besuches:	

Angaben zu Erkältungssymptomen:

	Ja	Nein
Fieber		
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"/>
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet (RKI) Urlaub gemacht oder Kontakt zu jemanden der in einem solchen Gebiet war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von der Einrichtung auszufüllen:

Die Besucher tragen während des Aufenthaltes in und außerhalb der Einrichtung die Verantwortung für die Umsetzung der Hygienevorgaben. Ist die Einweisung in die Hygienevorgaben erfolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung