

## Kurzscreening für Besucher während der COVID-19 Pandemie

### Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/r Bewohner/in:	
Wohnbereich/Zimmernummer	
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs:	
<b>Temperatur _____</b>	
<b>ab 37,5 ° C darf die Einrichtung nicht betreten werden</b>	

### Angaben zu Erkältungssymptomen

Hat sich innerhalb der letzten 14 Tage eines 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"/>

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

	JA	NEIN
Haben Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet aufgehalten? <b>Dann darf die Einrichtung nicht betreten werden.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Von der Einrichtung auszufüllen:

	JA	NEIN
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist 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