

Eingang-Screening für Besucher von vollstationären Einrichtungen der Pflege während der COVID-19 Pandemie ab dem 1.6.2021

Allgemeine Angaben zur eigenen Person (Ist von jedem Besucher auszufüllen)

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Zu besuchender Bewohner:	
Zimmernummer des Bewohners:	
Datum / Uhrzeit / Dauer des Besuchs:	

Angaben zu Erkältungssymptomen

Covid-Symptome	JA	NEIN
Liegt bei Ihnen ein positiver SARS-CoV-2 Befund innerhalb der letzten 14 Tage vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen ohne adäquate Schutzkleidung gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

Erkältungssymptome	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"/>
Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von der Einrichtung auszufüllen:

	JA	NEIN
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperaturmessung – Stirn - ist erfolgt Maximal 37,2	Angabe Temperatur >	
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich, dass ich die oben genannten Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner persönlichen Angaben. Beim Besuch halte ich den Mindestabstand von 1,5 Meter zu allen Mitarbeitern und anderen Bewohnern ein.

Datum, Unterschrift Besucher

Datum, Unterschrift Einrichtung