

Kurzscreening für Besucher von vollstationären Einrichtungen der Pflege

Vor- und Nachname:			
Adresse:			
Telefonnummer:			
Aufsuchende/r Bewohner/in:			
<input type="checkbox"/> Besuch im Bewohnerzimmer/Zimmer Nr.:		<input type="checkbox"/> Außer Haus	
Datum:			
Uhrzeit von:		Uhrzeit bis:	

Angaben zu Erkältungssymptomen

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

Fieber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Husten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Atemnot	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust (soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen (soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung -z.B. Allergie- erklärbar)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem an SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie sich in den letzten 10 Tagen in einem ausgewiesenen Risikogebiet (Ausland) aufgehalten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ich verpflichte mich, im ganzen Volkeninghaus einen MundNasenSchutz zu tragen!

Datum, Unterschrift Besucher/in

Von der Einrichtung auszufüllen

Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurde Ihre Körpertemperatur gemessen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Liegt Fieber über 37,5 Grad vor (Stirnmessung)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers gewährt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Einrichtung