

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

**Allgemeine Angaben zur eigenen Person**

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/r Bewohner/in:	
Wohnbereich/Zimmer-Nr. des Bewohners:	
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs:	

**Angaben zu Erkältungssymptomen**

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine 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"/>

**Von der Einrichtung auszufüllen:**

	JA	NEIN
Temperatur aktuell: _____ °C		
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzkleidung (Kittel, Maske etc.) wurde angezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Besucher/in

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Einrichtung