

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

Dieser Fragebogen ist vor dem Besuchstermin ausgefüllt und unterschrieben beim Pflegepersonal abzugeben.

**Allgemeine Angaben zur eigenen Person**

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/r Bewohner/in:	
Wohnbereich/Zimmernummer der Bewohner/in:	
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs	
Temperatur	

**Angaben zu Erkältungssymptomen**

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tage 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"/>

Die Abstandsregeln (mind. 1,50 m) und Hygieneregeln (Mund- und Nasenschutz, Händedesinfektion) sind mir bekannt und ich werde diese bei meinem Besuch einhalten.

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

Stand: 01.07.2020