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/Zimmernummer der Bewohner/in: |  |
| 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 | 🞏 | 🞏 |
| Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden | 🞏 | 🞏 |
| Husten | 🞏 | 🞏 |
| Atemnot | 🞏 | 🞏 |
| Geschmacks- oder Geruchsverlust | 🞏 | 🞏 |
| Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar | 🞏 | 🞏 |
| Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar | 🞏 | 🞏 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | JA | NEIN |
| Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt? | 🞏 | 🞏 |
| Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem SARS-CoV-2 Risikogebiet aufgehalten? | 🞏 | 🞏 |

**Von der Einrichtung auszufüllen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | JA | NEIN |
| Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt | 🞏 | 🞏 |
| Temperaturmessung erfolgt | 🞏 | 🞏 |
| Einlass des Besuchers wurde gewährt | 🞏 | 🞏 |

Datum, Unterschrift Besucher/in Datum, Unterschrift Einrichtung