

Besuchsregister und Kurzscreening für Besucher von vollstationären Einrichtungen

Nutzen Sie bei Bedarf den aktuellen Vordruck auf unserer Homepage. Es dürfen ausschließlich die „Angaben zu eigenen Person“ vorab ausgefüllt werden.

Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/r Bewohner/in:	
Etage der Bewohner/in:	
Datum und Uhrzeit des Besuchs:	

Angaben zu Erkältungssymptomen (vor Ort einzeln ankreuzen)

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tage 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"/>

Beachten Sie bitte die aushängenden Besuchsregelungen und Hygienemaßnahmen

Unterschrift Besucher/in: _____

Von der Einrichtung auszufüllen:

Der Nachweis über ein negatives Testergebnis wurde vorgelegt (max. 24 Stunden alt)

	JA	NEIN
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temperatur nach Messung: _____ (<37,5°C) Unterschrift Einrichtung: _____