

Kurzscreening für Besuchern/Dienstleistern von Wohn- und Pflegeeinrichtungen

Einrichtung: _____ Bereich _____

Allgemeine Angaben zum Besuchskontakt

Vor-und Nachname		
Adresse		
Telefonnummer		
besuchte/r Bewohner		
Besuch auf dem Zimmer-Nr.		
Datum, Uhrzeit u. Dauer des Besuchs		

Angaben zu Erkältungssymptomen (innerhalb der letzten 14 Tage)

	Ja	Nein
Fieber (über 37,5 °)		
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden		
Husten		
Atemnot		
Geschmacks- oder Geruchsverlust		
Schnupfen, soweit nicht durch Vorerkrankungen erklärbar		

	Ja	Nein
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer an Corona erkrankten Person gehabt?		
Liegt ein negatives Schnelltest-Ergebnis vor? (nicht älter als 2 Tage i.d. Pflege bzw. 3 Tage i.d.EGH)		

Von der Einrichtung auszufüllen

	Ja	Nein
Einweisung in Hygienemaßnahmen ist erfolgt		
Besuch wurde gewährt		

Bei Krankheitssymptomen, Kontakt zu einer infizierten Person oder einem fehlenden bzw. positiven Schnelltest-Ergebnis ist ein Besuch nicht möglich!

Unterschrift Mitarbeiter/in