

KURZSCREENING

Für Besucher*innen und Dienstleister*innen

Einrichtung: _____

Besucherdaten:

Vor- und Nachname der/des Besucher*in:

Adresse:

bekannt

Adresse

Telefon-Nr.:

bekannt

Telefon

Besuchte*r Bewohner*in: _____

Datum und Dauer des Besuches: _____

Negative Testbescheinigung (tagesaktuell) für den Test liegt vor:

ja

nein (Test - wenn möglich - vor Ort abnehmen)

Ergebnis des Kurzscreenings

Unklare Beschwerden (Husten, Halsschmerzen, Schnupfen, Geschmacksverlust etc.)?

nein ja

Erhöhte Temperatur?

nein ja

Bei Krankheitssymptomen oder Verweigerung des Tests ist ein Besuch nicht möglich.