

## Kurzscreening für Besucher

Nachname, Vorname:			
Adresse:			
Telefonnummer:			
Besuchte/r Bewohner/in:			
Bereich des Besuchs:			
Besuchszeit:		bis	
Datum des Besuchs:			
<b>Temperatur :</b>	<b>°C</b>	<b>Test:</b>	

### Angaben zu Erkältungssymptomen

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tage folgende 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"/>
Allg. Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar (z. B. Allergien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Von der Einrichtung auszufüllen

	JA	NEIN
Einweisungen in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

Des Weiteren versichere ich, dass ich mich an die vorgegebenen Hygienevorschriften und Auflagen halte. Ein Zuwiderhandeln kann unter Umständen zu einem Eintrittsverbot in die Einrichtung führen.

---

Unterschrift Besucher/in

Unterschrift Einrichtung