

Kurzscreening und Einverständniserklärung der Besucherregelungen während der COVID-19-Pandemie

Allgemeine Angaben zur Person

Vor- und Nachname		
Straße, PLZ, Ort		
Telefonnummer		
Zu besuchende/r Patient/in:		
Zimmernummer des Patienten/in:		
Datum, Uhrzeit Beginn und Ende des Besuchs:		

Angaben zu Erkältungssymptomen

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine der 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"/>

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
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geimpft (Nachweis liegt vor) <input type="checkbox"/>	Genesen (Nachweis liegt vor) <input type="checkbox"/>	Getestet (Nachweis liegt vor) <input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich, dass ich die Besuchsregelung verstanden habe und die Regeln einhalten werde.

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung