Liebe Angehörige und Besuchende,

aufgrund der aktuellen Infektionsgefahr durch das Coronavirus bitten wir Sie, uns vor Ihrem Besuch folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten

**Allgemeine Angaben zur eigenen Person**

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Nachname: |  |
| Adresse: |  |
| Telefonnummer: |  |
| Aufzusuchende/r Bewohner/in: |  |
| Wohnbereich/Zimmernummer der Bewohner/in: |  |
| Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs: |  |

**Bitte beantworten Sie noch folgende Fragen durch Ankreuzen:**

**Angaben zu Erkältungssymptomen**

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Symptome** | **Ja** | **Nein** |
| Fieber bzw. erhöhte Temperatur (37,5 Grad und höher) | 🞏 | 🞏 |
| Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden | 🞏 | 🞏 |
| Husten | 🞏 | 🞏 |
| Atemnot | 🞏 | 🞏 |
| Geschmacks- oder Geruchsverlust | 🞏 | 🞏 |
| Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar | 🞏 | 🞏 |
| Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar | 🞏 | 🞏 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |
| Liegt bei Ihnen eine Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus vor | 🞏 | 🞏 |
| Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt? | 🞏 | 🞏 |

**Von der Einrichtung auszufüllen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |
| Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt? | 🞏 | 🞏 |
| Mitwirkung am Kurzscreening erfolgt? | 🞏 | 🞏 |
| Herausgabe benötigter Daten für das Besuchsregister erfolgt? | 🞏 | 🞏 |
| **Negativtestnachweis vorhanden** | 🞏 | 🞏 |
| Wenn erforderlich:  Durchführung PoC-Test zugestimmt | 🞏 | 🞏 |
| Durchgeführter PoC-Test Negativ | 🞏 | 🞏 |
| Einlass des Besuchers wurde gewährt? | 🞏 | 🞏 |

Datum, Unterschrift Besucher/in Datum, Unterschrift Einrichtung