


Formular

Hygiene	Kurzscreening für Besucher während der COVID-19 Pandemie	Pflege/SD
----------------	---	------------------

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:	

Angaben zu Erkältungssymptomen

Hat sich innerhalb der letzten 14 Tage eines 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/Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht erklärbare Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust	<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? Kontaktperson gemäß Infektionsschutzgesetz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden sie selbst positiv auf COVID-19 getestet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von der Einrichtung auszufüllen:

	Ja	Nein
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpertemperatur Besucher erhöht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung

erstellt von:	Schikofski, EL	Version Nr. 2
freigegeben von:	Schikofski, EL	
gültig ab: 11.05.2020	Evaluierung im: September 2020	Aktualisiert am: Seite 1 von 1