

Formular Abfrage zu COVID-19 Symptomen

Datum: _____ Besuchszeit: _____ bis _____

Name des Besuchers:

Adresse:

Mobil-/ Telefonnummer:

Aufgesuchte/-r Bewohner/-in:

Unterbringung in Doppelzimmer Ja, zusammen mit _____ Nein

Haben Sie Symptome¹? Wenn ja, welche?:

- ja
- nein

Liegt bei Ihnen ein positiver COVID-19 Test vor oder warten Sie auf ein Testergebnis?

- ja
- nein

Ist Ihnen bekannt, dass Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer COVID-19 positiv getesteten Person hatten?:

- ja
- nein

Messung der Körpertemperatur: _____ (Max. 37,8 °C)

Einweisung in Hygienemaßnahmen erhalten:

- Einhalten von mindestens 1,5 Metern Abstand zum Bewohner oder
- Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, Austeilung am Empfang der Einrichtung
- Gründliche Händedesinfektion

Während des Besuchs tragen Sie die Verantwortung für die Einhaltung des Infektionsschutzes.

Datum, Unterschrift

¹**Symptome:** Fieber, Husten, Schnupfen, Kurzatmigkeit / Atemnot, Halsschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, verstopfte Nase, Fehlen von Geruchs- und Geschmackssinn, Kopfschmerzen, Übelkeit / Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Konjunktivitis, Hautausschlag, Apathie, Somnolenz