

## 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

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

	JA	NEIN
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>gemessene Temperatur:</b>		
Halschmerzen 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"/>
Liegt eines der Symptome akut vor?	<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"/>
Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen im Ausland aufgehalten (für mind. 72 Stunden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Von der Einrichtung auszufüllen:

	JA	NEIN
Impfbescheinigung/Genesenennachweis vorgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neg. Testergebnis nicht älter als 24h vorgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PoC AntiGen Test initiiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Impfbescheinigung:** Seit der letzten für die vollständige Schutzwirkung erforderlichen Einzelimpfung müssen mindestens 14 Tagen vergangen sein.

**Genesenennachweis:** Zugrundeliegende positive Labordiagnostik muss mindestens 28 Tage sowie maximal sechs Monate zurückliegen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die einzuhaltenden Hygienemaßnahmen kenne und diese während meines Besuchs eigenverantwortlich umsetzen werde.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Besucher/in

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Einrichtung