

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"/> |
| gemessene Temperatur: | | |
| 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"/> |
| 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 in einem Hochrisikogebiet oder Virusvariantengebiet im Ausland aufgehalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Von der Einrichtung auszufüllen:

| | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Neg. Testergebnis nicht älter als 24h vorgelegt, bei PCR Test nicht älter als 48h | <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"/> |

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