

Kurzscreening für Besucher von vollstationären Einrichtungen der Pflege und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe sowie ähnlichen Einrichtungen während der COVID-19 Pandemie

St.-Elisabeth-Stift St.-Katharinen-Stift St.-Laurentius-Stift

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Zuname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/ 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"/>
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. Allergie) erklärbar	<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"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem Mitarbeiter der Firma Tönnies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von der Einrichtung auszufüllen

	Ja	Nein
Einweisung Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Besucher/in

24.06.2020

Datum, Unterschrift Einrichtung

AH-FB-HL-7/002