

Kurzscreening für Besucher von voll- und teilstationären Einrichtungen der Pflege während der COVID-19 Pandemie

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 Tage eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
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"/>

	JA	NEIN
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von der Einrichtung auszufüllen:

	JA	NEIN
Fieber: _____ °C Normwert: 37,5 °C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollständige Impfung 14 Tage vergangen	Datum: _____	
Genesen mind. 28Tage bis max. 6 Monate	Datum: _____	
PoC-Test _____	Positiv <input type="checkbox"/>	Negativ <input type="checkbox"/>
Unterschrift durchführende Person: Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass zur Kontaktpersonennachverfolgung das Kurzscreening für 4 Wochen aufbewahrt und anschließend vernichtet wird.

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung

Freigabe von:	Freigabe am:	Evaluiert am:	Version
GF/ PDL	27.05.2021	26.05.2021	4