

**Kurzscreening für Besucher von vollstationären Einrichtungen der Pflege während der COVID-19 Pandemie (Stand Mai 21)**

Vor- und Nachname:		
Adresse:		Tel:
Aufzusuchende/r Bewohner/in:		Ort: Bew.zimmer, Besucherraum, Spaziergang
Datum, Uhrzeit		

**Angaben zu Erkältungssymptomen**

Hat sich innerhalb der letzten 14 Tage eines der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
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 Risikogebiet aufgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von der Einrichtung auszufüllen:

	JA	NEIN
<b>Impfnachweis Corona-Schutzimpfung oder Genesungsnachweis vorgelegt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn mit NEIN beantwortet:</b>		
<b>Negatives Testergebnis (max. 48 Std. alt)vorgelegt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>wenn eine Frage mit JA beantwortet wurde: PoC Test durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ergebnis:</b>		
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Temperatur unauffällig (&lt;37,5° C)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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