

Advent-Wohlfahrtswerk Seniorenheim Neandertal gGmbH

Kurzscreening für Besucher*innen 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, Besuchsdauer von...bis...	

Angaben zu Erkältungssymptomen

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

	Ja	Nein
Fieber / Messergebnis:	<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. Allergien) erklärbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Angaben

Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage...

	Ja	Nein
...Kontakt mit durch SARS-COV-2 positiven Menschen oder Kontaktpersonen (gem. Robert-Koch-Institut) gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sich in einem durch das Robert-Koch-Institut aktuell deklarierten Risikoland aufgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von der Einrichtung auszufüllen

	Ja	Nein
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuchszeit von / bis:		
Besuch außerhalb:	<input type="checkbox"/>	
Zimmerdesinfektion durchgeführt	<input type="checkbox"/>	

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung