

Kurzscreening von Besuchspersonen



Anlage 1 zum Hygienekonzept Besuchsorganisation

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/r Bewohner/in:	
Wohnbereich:	

Vom Besucher auszufüllen:

	JA	NEIN
Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen Symptome ¹ bei Ihnen gezeigt, die auf eine übertragbare Erkrankung hindeuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja: Lassen sich diese durch eine bestehende, nicht übertragbare, Vorerkrankung erklären?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage wissentlich Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie innerhalb der letzten 10 Tage von einem Aufenthalt in einem ausländischen Risikogebiet zurückgekehrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja: Haben Sie sich anschließend in behördlich angeordnete Quarantäne begeben oder liegt ein negatives Testergebnis in diesem Zusammenhang vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durch Mitarbeitende vor Ort auszufüllen:

	JA	NEIN
Liegt ein negativer Corona-Test (PoC oder PCR) vor, der nicht älter als 72 Stunden ist?	<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"/>
Überprüfung der Körpertemperatur: Fieber (über 37,6°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum und Anfang/Ende des Besuchs		

Datum und Unterschrift Besucher

Datum und Unterschrift Mitarbeitender

¹ z.B. Fieber, Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden, Husten, Atemnot, Geschmacks- oder Geruchsverlust, Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, starker Schnupfen