

	GLOCKENGIESSER Kurzscreening für Besucher	B.3.35.8 Version 2 Seite 1 / 1
		Stand: 23.11.2020

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

Hat sich innerhalb der letzten 14 Tage 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 (z.B. Allergien) 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
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung

Die Daten werden nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) erhoben und nach 30 Tagen gelöscht.

Gültig für:	Alle		
Erstellt am:	04.11.2020	Durch wen:	Krisenstab
Geändert am:	23.11.2020	Durch wen:	Krisenstab