



Kurzscreening

...mehr als gute Pflege!

Liebe*r Besucher*in

um die Sicherheit unserer Bewohner und Mitarbeiter zu gewährleisten, benötigen wir von Ihnen folgende Angaben (bitte füllen Sie alle Felder außer „von der Einrichtung auszufüllen“ sorgfältig aus):

Persönliche Angaben

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefonnummer _____ Aufzusuchende*r Bewohner*in _____

Wohnbereich/Zimmernummer der Bewohner*in _____

Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs _____

Ich bin Gast Mitarbeiter Neuaufnahme/Krankenhausrückkehrer

Anamnese

Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 14 Tagen?

Fieber > 38 °C Ja Nein Kopfschmerzen Ja Nein Schüttelfrost Ja Nein

Atemnot Ja Nein Trockener Husten Ja Nein Schnupfen Ja Nein

Abgeschlagenheit Ja Nein Durchfall Ja Nein Verlust des Geruchssinn Ja Nein

Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?

Ja Nein

Immunisierung/Teststatus

immunisiert

negativer COVID-19-Test

nicht immunisiert

kein aktueller COVID-19-Test

Datum, Unterschrift Besucher*in

Datenschutz

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis zur Durchführung eines SARS-CoV-2-Schnelltests durch die Einrichtung, sofern erforderlich. Wir weisen Sie auf unsere rechtliche Verpflichtung hin, Ihre personenbezogenen Daten im Falle eines positiven Schnelltest-Ergebnisses oder bei Auftreten risikoreicher Kontakte an die jeweils zuständige Behörde weiterzuleiten.

Von der Einrichtung auszufüllen

Aktuelle Temperatur in °C

Ergebnis COVID-Schnelltest in der Einrichtung

Ergebnis: Positiv Negativ

erforderliche Immunisierungs-/ Testnachweise (gemäß aktueller Verordnung) wurden vorgelegt

Information über Hygienemaßnahmen erfolgte

Einlass wird gewährt

Datum, Unterschrift Einrichtung