



Kurzscreening für Besucher von vollstationären Einrichtungen der Pflege  
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, Uhrzeit:                           |  |

**Angaben zu Erkältungssymptomen**

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen 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 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"/> |
| Aushang über Hygienemaßnahmen zur Kenntnis genommen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Von der Einrichtung auszufüllen:**

|                                     | JA                       | NEIN                     |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fiebermessung negativ               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einlass des Besuchers wurde gewährt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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