

**Registrierung****Besucher/in:**

Name, Vorname: _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____

Telefonnummer _____

Bewohner/in:

Name, Vorname _____

Wohnbereich _____

Datum und Zeitraum des Besuchs:

Datum: _____ Zeitraum: _____ Uhr bis _____ Uhr

Screening Besucher

	Ja	Nein	Bemerkungen
Haben Sie eines der folgenden Symptome? <i>(Zutreffendes bitte markieren)</i> Temperatur > 37,5° C Luftnot Husten Kein Geruchssinn Schnupfen Kein Geschmackssinn Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemessene Körpertemperatur: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> °C
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem Menschen, der an COVID-19 erkrankt ist oder war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie in den letzten Tagen Kontakt zu einem Menschen, der im Verdacht steht, an COVID-19 erkrankt zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stehen Sie unter häuslicher Quarantäne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erklärungen:

- Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.
- Ich habe das **Informationsblatt „Hygieneregeln für Besucher während der COVID-19 Pandemie“** erhalten und versichere, diese Regeln einzuhalten.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Besucher/in)

Die erhobenen Daten dienen der Rückverfolgbarkeit von möglichen Kontaktpersonen während der COVID-19-Pandemie und werden nach 4 Wochen vernichtet.

Hinweis für Mitarbeiter / Dokumentation:

- Der Besuch darf nicht stattfinden, wenn im Screening eine Angabe mit „Ja“ beantwortet wird!
- Das Infoblatt „Hygieneregeln für Besucher“ muss dem Besucher mind. einmal ausgehändigt werden!
- Die Besucher sind auf die Einhaltung der Hygieneregeln hinzuweisen.

 Besuch fand wie oben dokumentiert statt. Besuch wurde wegen positivem Screening verweigert.Handzeichen
Mitarbeiter: