

Name Bewohner*in _____

Namen der Besucher _____

Telefonnummer der Besucher _____

Besuchstag: _____ seit _____ Uhr bis ca. _____ Uhr

Checkliste für Besucher*innen im Pflegeheim

Haben Sie folgende Symptome?	JA	NEIN
Halsschmerzen, Kratzen im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockenen Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Krankheitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unerklärliche Muskel- und Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber über 37°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schüttelfrost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- und Geruchsbeeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eines der oben genannten Symptome innerhalb der letzten 48 Stunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat jemand, mit dem Sie engen Kontakt haben, eines der oben genannten Symptome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einer an Covid-19 infizierten Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Reiserückkehrer aus einem ausgewiesenen Risikogebiet (beachten Sie die tagesaktuelle Liste des Ministeriums für Soziales und Integration)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie geimpft und sind seit der 2. Impfung mindestens 14 Tage vergangen und ist eine Bescheinigung durch uns ausgestellt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich versichere, dass ich die Händedesinfektion bei Betreten der Einrichtung durchführe, den Mindestabstand von 1,5m zu anderen Personen einhalte und eine FFP2-Maske (Ausnahme geimpfte Personen – med. MNS) während des Besuches in der Einrichtung ständig trage. Ich werde allen Anweisungen der Mitarbeitenden bei meinem Besuch folgen.

Datum _____

Unterschrift _____

Ihre Daten werden 4 Wochen nach diesem Termin entsprechend den Datenschutzrichtlinien vernichtet!