

**Name Bewohner\*in** \_\_\_\_\_

Name Besucher \_\_\_\_\_

Telefonnummer Besucher \_\_\_\_\_

Besuchstag: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Uhr bis ca. \_\_\_\_\_ Uhr

**Checkliste für Besucher\*innen im Pflegeheim**

<b>Haben Sie folgende Symptome?</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
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 <b>ausgewiesenen Risikogebiet</b> (beachten Sie die tagesaktuelle Liste des Ministeriums für Soziales und Integration)? Wenn ja, dürfen Sie die Einrichtung 14 Tage lang nicht betreten, dies ist erst wieder nach einer 14-tägigen Quarantäne möglich.	<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 (Ausnahme Verwandte 1. Grades) und einen Mund-Nasen-Schutz während des Besuches 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!