

Klient*in: _____
 Name, Vorname, Wohnbereich

Besucher*in: _____
 Name, Vorname, Telefonnummer

Besuchstag: _____ Uhrzeit von _____ bis _____ Uhr

Checkliste für Besucher*innen

Hatten Sie eines der folgenden Symptome innerhalb der letzten 14 Tagen	ja	Nein
Halsschmerzen, Kratzen im Hals oder Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstopfte Nase bzw. Schnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schüttelfrost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atembeschwerden z.B. Kurzatmigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskel- oder Gelenkschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschmackslosigkeit und verschlechterter Geruchssinn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit jemandem, der entsprechende Symptome angegeben hat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren Sie oder jemand, mit dem Sie engen Kontakt hatten, in einem vom RKI ausgewiesenen Risikogebiet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sollten Sie eine Frage mit Ja beantwortet haben, ist ein Besuch in unserer Einrichtung zum Schutz der Bewohner*innen aktuell nicht möglich.

Ich versichere, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß ausgefüllt habe. Ich versichere außerdem, dass ich wir den Mindestabstand 1,5 - 2 m zum Bewohner einhalten, und dass wir Mund-Nasen-Schutz tragen und die Händedesinfektion durchgeführt wurde. Ich wurde über die einzuhaltenden hygienischen Maßnahmen aufgeklärt

Datum: _____ Unterschrift Besucher*in: _____

Hinweis zum Datenschutz: Dieses Datenblatt löschen wir spätestens nach 12 Wochen.