

Gesundheitskarte

Datum		
Name, Vorname		
Adresse		
Telefonnummer		
Besuch für folgenden Bewohner		
Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?		
Fieber	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Husten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Fehlen von Geruchs- und Geschmackssinn	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Unerklärlicher Hautausschlag	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person oder haben Sie sich in den vergangenen 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Korrektheit meiner oben getätigten Angaben und verpflichte mich dazu, in der gesamten Einrichtung eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen, auch in den Bewohnerzimmern. Mir sind die gültigen Hygieneregeln bekannt und ich handele danach. Ich bin mit der Datenerfassung zur Ermöglichung einer Kontaktnachverfolgung einverstanden (Die Daten werden vier Wochen aufbewahrt und anschließend vernichtet)

Unterschrift

Von der Einrichtung auszufüllen:

Gemessene Körpertemperatur: _____ °C		
Schnelltest durchgeführt:	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> positiv
Letzte Impfung am: _____		
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Unterschrift der Einrichtung: _____		