

Gesundheitskarte

Datum/Uhrzeit:	_____ / _____ Uhr	
Name, Vorname:	_____	
Adresse:	_____	
Telefonnummer:	_____	
Besuch für folgende(n) Bewohner*in:	_____	
Zeigt sich bei Ihnen eines der folgenden Symptome?		
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/oder 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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Korrektheit meiner oben getätigten Angaben und verpflichte mich dazu, in der gesamten Einrichtung (außerhalb des Bewohnerzimmers) eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen. Mir sind die gültigen Hygiene- und Abstandsregeln 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:

Schnelltest durchgeführt: Testergebnis abgelesen: _____ Uhr	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Positiv
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Unterschrift der Einrichtung: _____		