

Dokumentation Symptomfreiheit Besucher Pflegeheim

Name Besucher: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Name, Bewohner: _____ Wohnbereich: _____ Zi..Nr. _____

Hiermit bestätige ich, dass ich zum Zeitpunkt meines Besuches

am _____ um _____

in die Hygiene- und Schutzmaßnahmen der Einrichtung eingewiesen wurde und diese beim Besuch einhalte.

Ich hatte in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer Person, die positiv auf Covid-19 getestet wurde. Ich hatte in den letzten 14-Tagen selbst keinen positiven Covid-19-Befund. Ich habe mich in den letzten 14 Tagen nicht in einem Risikogebiet aufgehalten. Ich habe keine der unten genannten Symptome einer Corona-Infektion.

Symptome

- Fieber
- Husten
- Schnupfen
- verstopfte Nase
- Halsschmerzen
- Kopfschmerzen
- Verlust von Geruchs- oder Geschmackssinn
- Muskel – u. Gelenkschmerzen
- Kurzatmigkeit
- Übelkeit / Erbrechen
- Durchfall
- Appetitlosigkeit
- gerötete / entzündete Augen
- Hautausschlag
- Verlust der Sprache
- Benommenheit
- Schläfrigkeit

Ich fühle mich auch nicht anderweitig krank.

Ich erkläre mich mit der Archivierung meiner Daten zur Nachverfolgung der Infektionskette im Falle eines Infektionsausbruchsgeschehens einverstanden.

Unterschrift Besucher: _____