

## Dokumentation Symptommfreiheit 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.

Fieber Husten Schnupfen verstopfte Nase Halsschmerzen	Kopfschmerzen Muskel – u. Gelenkschmerzen Kurzatmigkeit Übelkeit / Erbrechen Durchfall	Appetitlosigkeit Gerötete/ entzündete Augen Hautausschlag Verlust der Sprache	Benommenheit Schläfrigkeit Anderweitiges Krankheitsgefühl
--	---	---	--

Ich habe vollständigen Impfschutz (ab 14 Tage nach 2. Impfung).

Datum Erstimpfung:

Datum Zweitimpfung:

Das Testangebot der Einrichtung nehme ich an.

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

Unterschrift Besucher: \_\_\_\_\_