

Dokumentation Symptomfreiheit Besucher Pflegeheim

Name Besucher: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Name Bewohner: _____ Wohnbereich: _____ ZiNr.: _____

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,

nicht in den letzten 14 Tagen auf dem Land-, See- und Luftweg aus einem Staat außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in Hessen eingereist bin,

keine der u. g. Symptome einer Corona - Infektion zeige, sowie in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer Person hatte die positiv auf CoVid19 getestet wurde.

Symptome

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

oder mich anderweitig krank fühle.

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

Unterschrift Besucher: _____