



**Liebe Besucherin, lieber Besucher**

Die Corona-Pandemie hat zu erheblichen Einschränkungen geführt, auch in unseren Senioreneinrichtungen. Um die Sicherheit unserer Bewohner und Mitarbeiter zu gewährleisten, benötigen wir von Ihnen folgende Angaben (bitte füllen Sie alle Felder außer den grau hinterlegten sorgfältig aus):

Name, Vorname:

---

Anschrift:

---

Telefonnummer:

---

<b>Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen...</b>		
Fieber oder Schüttelfrost?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
neu aufgetretenen Husten oder neu aufgetretene Luftnot?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Allgemeinsymptome wie Abgeschlagenheit, Leistungsverlust, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen? (soweit nicht durch eine Vorerkrankung erklärbar)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schnupfen (soweit nicht durch Vorerkrankung z.B. Allergie erklärbar)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
einen Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer mit Coronavirus infizierten Person (Test auf SARS-CoV2 positiv)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

**Temperatur/°C:**  
Wird von der Einrichtung ausgefüllt

**Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der Angaben sowie die Einhaltung der Hygiene- und Abstandsregeln.**

Die Angaben unterliegen dem Datenschutzrecht.  
Der Fragebogen wird nach einer Frist von 4 Wochen vernichtet.

**Unterschrift**

**Bitte informieren Sie uns sofort, falls Sie innerhalb der nächsten 7 Tage an einer Coronavirusinfektion erkranken!**

**Besuchszeit von.....bis.....**

**Besucher Bewohner.....**

Wird von der Einrichtung ausgefüllt		Stempel der Einrichtung
<b>Datum:</b> .....		
<b>Uhrzeit:</b> .....	Unterschrift Mitarbeiter KHS	