

Dieser Teil des Dokumentes
verleiht im Pflegezentrum
AN DER ALTEN WAAGE

Uhrzeit Eintritt: _____

Daten Bewohner

Name, Vorname: _____

Wohnbereich: _____

Daten Besucher

Name, Vorname: _____

Tel. Nr.: _____

Adresse: _____

Fragen zum Gesundheitszustand des Besuchers

		Ja	Nein
1	Waren Sie an COVID-19 (SARS-CoV-2) erkrankt?		
2	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber oder erhöhte Körpertemperatur?		
3	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Atemnot oder Husten?		
4	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Symptome, die auf eine Atemwegserkrankung hinweisen (z. B. Halskratzen, Ohrenscherzen)?		
5	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Störungen des Geruchs- oder Geschmackssinns?		
6	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Durchfall oder Erbrechen?		
7	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an COVID-19 erkrankt war?		
8	Waren Sie oder jemand, mit dem Sie engen Kontakt hatten, in einem vom RKI ausgewiesenem Risikogebiet?		

Sollten Sie eine Frage mit Ja beantwortet haben, ist ein Besuch in unserer Einrichtung zum Schutz der Bewohner*innen **nicht** möglich.

Weitere Erläuterung zu Punkt 1:

Wenn Sie in den letzten vier Wochen vor dem Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert waren, oder in diesem Zeitraum ein nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion bestand, sofern sie nicht nachgewiesenermaßen nicht mehr ansteckend sind, ist ein Besuch **nicht** möglich.

Ich versichere, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß ausgefüllt habe. Zudem bestätige ich, dass mir die aushängenden Hygienevorgaben des Caritas Pflegezentrum AN DER ALTEN WAAGE bekannt sind und mich daran halten werde.

Mir ist bekannt, dass auch bei Einhaltung der genannten Hygienemaßnahmen durch den Besuch ein Restrisiko für eine Infektion besteht. Hierfür übernimmt das Pflegezentrum keine Haftung.

Ich bin damit einverstanden, dass das Caritas Pflegezentrum AN DER ALTEN WAAGE die in diesem Formular erhobenen Daten zum Zwecke der Nachverfolgung einer möglichen Infektionskette speichert und 30 Tage archiviert und diese auch bei Anfrage oder Verdacht einer Erkrankung an die zuständigen Behörden weiterleitet.

Straubing, den _____
Datum

Unterschrift: _____
Besucher

Erstellt durch	gültig ab	Version	
Nicole Wiesmüller	20.10.2020	0	Seite 1 von 1