|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |  |
| Name des erhebenden  Mitarbeiters: |  |
| Name des Bewohners: |  |
| Name des Besuchers: |  |
| Telefonnummer: |  |
| E-Mail-Adresse: |  |
| Körpertemperatur: |  |
| **Befragung nach Risiko:** | |
| Aufenthalt in einem aktuellen Risikogebiet? | Nein  Ja  wo: |
| Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person | Nein  Ja  welche Art:  wann: |
| **Befragung nach Symptomen:** | |
| Fieber | Nein  Ja |
| Husten | Nein  Ja |
| Kurzatmigkeit | Nein  Ja |
| Halsschmerzen | Nein  Ja |
| Verlust des Geruchs- und/oder Geschmacksinns | Nein  Ja |
| Durchfall und/oder Erbrechen | Nein  Ja |
| Bewohnerinformation  übergeben: | Nein  Ja |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Besucher