|  |  |
| --- | --- |
| 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 [ ]  Jawo: |
| Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person  | [ ]  Nein [ ]  Jawelche 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 |
| Bewohnerinformationübergeben: | [ ]  Nein [ ]  Ja |

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

Unterschrift Besucher