

BESUCHERREGISTRIERUNG COVID-19

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

Unterschrift Besucher