

Screeningbogen für Besucher/ Besucherin der Einrichtung

Bitte leserlich und in Druckbuchstaben die unten genannten Felder ausfüllen:

Datum:	
Besuch von/ bis Uhrzeit	
Name:	
Vorname:	
Wohnort:	
Straße:	
Telefonnummer:	
Name, des Bewohners/ Bewohnerin:	

1. Können Sie COVID-19 Symptome (Erkältungssymptome, wie Muskel- und Gelenkschmerzen, verstopfte Nase, Fehlen von Geruchs- und Geschmackssinn, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Konjunktivitis, Hautausschlag, Apathie / Teilnahmslosigkeit, Somnolenz / Schläfrigkeit) an sich selber feststellen?

Ja **Nein**

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen, die, positiv auf COVID- 19 getestet wurden?

Ja **Nein**

Wenn Sie eine der beiden Fragen mit „ Ja“ beantworten, ist der Zutritt zur Einrichtung nicht gestattet.

Ich bin über die allgemeinen Schutz- und Hygienemaßnahmen unterrichtet worden.

Mir ist bekannt, dass es sich bei falschen oder fahrlässigen Angaben um eine Ordnungswidrigkeit nach §5 Absatz 3, Satz 2, Nr. 2 CoronaSchutzVO handelt, die von der zuständigen Behörde verfolgt wird.

Datum/ Unterschrift, Besucher/ Besucherin