

Sehr geehrte Angehörige,

zum Schutz unserer Bewohner*innen und Mitarbeitenden muss jeder Besucher **vor dem Besuch des Angehörigen** diesen Gesundheitsfragebogen ausfüllen.

Name, Vorname	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

Datum	Ich leide unter Atemwegsbeschwerden jeder Schwere oder unspezifischen Allgemeinsymptomen einer akuten Infektion (Fieber, Muskelschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen etc.).		Ich hatte in den letzten 14 Tagen engen Kontakt (ohne Schutzausrüstung) mit einer anderen Person mit Nachweis von COVID-19. Als enger Kontakt gilt ein Abstand von weniger als 2 m über mindestens 15 Minuten.		Besuchszeit von - bis	Unterschrift
	JA	NEIN	JA	NEIN		

Wenn einer der genannten Punkte mit „JA“ beantwortet wird, dürfen Sie unsere Einrichtung nicht betreten. Eine Kontaktaufnahme zum Hausarzt oder einer Fieberambulanz muss unverzüglich erfolgen.

Hiermit bestätige ich, dass die aufgeführten Angaben wahr und richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation haben können.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis: Ihre personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (IfSG) verwendet.