

Senioreneinrichtung St.-Alfrid-Haus/ Johannes-von-Acken-Haus

Kurzscreening **und Besuchsregistrierung** für Besucher*innen von vollstationären Einrichtungen der Pflege und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe sowie ähnlichen Einrichtungen während der COVID-19-Pandemie

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/r Bewohner/in:	
Wohnbereich/Zimmernummer der Bewohner/in:	
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs:	

Angaben zu Erkältungssymptomen

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tage welche der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Sind sie vollständig geimpft oder nach einer Infektion genesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber/ Temperatur: _____ °C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	JA	NEIN
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von der Einrichtung auszufüllen:

	JA	NEIN
Datenschutzinformation wurde zur Kenntnis gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnelltest erforderlich? Wenn ja dann bitte den folgenden Block Testung ausfüllen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stand: 07.07.2021

Testung Antigen- Schnelltest SARS- CoV- 2

Testgrund	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Kontaktperson	<input type="checkbox"/> Akt. Invektionsgeschehen
Einsicht in das Test-Konzept der Einrichtung zur Kenntnis gegeben	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Name des Tests -> Test- ID	Sars- CoV- 2 Rapid Antigen Test (Roche)		PZN-ID:
Name des Tests -> Test- ID (falls abweichend von o.g. Test)			
Name der durchführenden Person des Tests:	Datum:	Uhrzeit:	
Ergebnis: Mündliche Mitteilung durch die durchführende Person des Tests.	<input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> positiv Meldung an das Gesundheitsamt
Einlass wurde gewährt	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Testung bescheinigt auf Wunsch der Testperson	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung