

Kapitel	Standard Testkonzept und Besuchsregelungen Stand 09.05.2022	Deutsches Rotes Kreuz  Betreuung und Pflege in Lippe gGmbH Pagenhelle 17, 32657 Lemgo
----------------	--	--

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

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

Angaben zu Erkältungssymptomen / Kurzscreening

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber / Temperaturkontrolle !!! Wert:	<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"/>

Freigabe durch:	Bearbeitet von:	Änderungsstatus:	Datum:	Seite 6
GF	PM / PB	09.05.2022	20.10.2020	von 7

Kapitel	Standard Testkonzept und Besuchsregelungen Stand 09.05.2022	Deutsches Rotes Kreuz  Betreuung und Pflege in Lippe gGmbH Pagenhelle 17, 32657 Lemgo
----------------	--	--

	JA	NEIN
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine SARS-CoV-2 Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von der Einrichtung auszufüllen:

	JA	NEIN
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfausweis vorgelegt, letzte Impfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genesenenbescheinigung vorgelegt, gültig bis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PoC Test Bescheinigung vorgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Besuchers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PoC-Antigen-Test abgelehnt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PoC-Antigen-Test vom Haus durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PoC-Antigen-Test negativ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung

Freigabe durch:	Bearbeitet von:	Änderungsstatus:	Datum:	Seite 7
GF	PM / PB	09.05.2022	20.10.2020	von 7