



Besucherregistrierung*1 Altenhilfe- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Dok.-Nr.: D4804

Version: 4

Formular

Seite 1 von 1

Dieser Gesundheitsfragebogen muss von allen Personen (ein Formular pro Person) ausgefüllt und unterschrieben werden, bevor sie unsere Einrichtungen betreten, oder eine Mitnahme auswärts stattfindet.

*1 Besuche sind nur gemäß aktuell gültiger Besucherregelung möglich.

| | | |
|--------------|---|---|
| Datum: | Aufenthaltsdauer von | Bewohnername |
| Besuchername | | |
| Straße | | Hausnummer |
| Postleitzahl | Ort | |
| Telefon | Mobilfunknummer | Gemessene Körpertemperatur: |
| 1. | Abfrage zu Symptomen: Hatten Sie in den letzten 14 Tagen mind. eines der folgenden Symptome? | Ja Nein |
| | erhöhte Temperatur > 37,8 °C oder Schüttelfrost? Husten? Eher trockener Husten? neu aufgetretene Atemnot? einen grippalen Infekt? Schnupfen, Halsschmerzen, Gliederschmerzen? eine akute Durchfallerkrankung? Störungen des Geruchs- oder Geschmacksinns? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. | Corona-Anamnese (Ist mindestens eine Aussage zutreffend?): | Ja Nein |
| | Waren Sie selbst Corona positiv und haben noch Symptome und/oder Ihr positives Abstrichergebnis liegt 10 Tage oder weniger zurück? Sind Sie aktuell in Quarantäne? Ist ein Mitglied aus Ihrem Haushalt in den letzten 3 Wochen positiv getestet worden? Hatten Sie Kontakt zu einer Corona-positiven Person (i.d.R. besteht deshalb Quarantäne)? Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten (siehe folgenden Link: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Alle Personen, die eine dieser Fragen mit Ja beantworten oder eine aktuell erhöhte Körpertemperatur $\geq 37,8$ °C haben, dürfen die Einrichtung nicht betreten und ihre Angehörigen nicht besuchen bzw. begleiten!

| Von der Einrichtung auszufüllen | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Einweisung in die Hygienemaßnahmen erfolgt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Negativer PoC Test liegt vor (nicht älter als 24 Std.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Impfausweis liegt vor / 2. Impfung liegt > 14 Tage zurück / 2. nicht länger als 6 Monate her | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Impfausweis liegt vor / 3. Impfung nicht < 14 Tage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genesenen Nachweis liegt vor (mind. 28 Tage nach Infektion – nicht älter als 6 Monate) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genesenen Nachweis + 1. Impfung kleiner als 6 Monate zurückliegend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genesenen Nachweis + 1. u. 2. Impfung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Johnson+Johnson + 1 Impfung < 4 Wochen oder + 2. Impfung nicht > 6 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durchführung des Besuchs gewährt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dieser Fragebogen wird unter Umständen an die zuständigen öffentlichen Gesundheitsbehörden weitergegeben.

Datenschutzhinweis

Die Maßnahme erfolgt selbstverständlich unter Einhaltung des Datenschutzes. Ihre personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen verwendet. Das Dokument wird vier Wochen aufbewahrt und danach vernichtet. Die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand werden zu folgenden Zwecken verarbeitet:

1. Gewährleistung des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit sowie für Ihre notwendige medizinische Betreuung;
2. zur Erfüllung von gesetzlichen Verpflichtungen, Vorschriften, nationalen und europäischen Gesetzen sowie aus Gründen, die sich aus den Anordnungen der Behörden hierzu kraft Gesetzes ergeben.

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben wahr und richtig sind und dass falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation und die medizinische Versorgung haben können. Falsche Angaben können außerdem zu haftungs- und strafrechtlichen Konsequenzen führen.

Ort, Datum

Unterschrift

| | |
|--|----------------------------|
| Prozesseigner: Tietmeier, Nicole | Geprüft am: 16.11.2021 |
| Inhaltliche Prüfung: Gövert, Tobias; Wolke, Martin | Freigegeben am: 16.11.2021 |