



Besucher Kurzscreening SARS Covid 19

Name/Vorname: _____

Beginn Besuch: _____

Adresse: _____

Ende Besuch: _____

Telefonnummer: _____

Name des Bewohners: _____

JA NEIN

1) Hatten Sie in den letzten Tagen Fieber, Husten, Schnupfen oder sonstige Erkältungssymptome?

➔ Temperatur:

2) Waren Sie bereits mit Covid 19 infiziert?

➔ Falls ja, Wann?

3) Haben Sie bereits einen vollständigen Impfschutz gegen Covid 19 erhalten?

➔ Falls ja, Wann?

➔ Falls nein weiter mit Punkt 4

4) Wurden Sie in den letzten 48 Stunden per PoC- Antigentest auf Covid 19 getestet?

➔ Falls nein ➔ Testergebnis vor Ort

negativ positiv

Datum: _____

Unterschrift (Besucher): _____

Unterschrift (DRK-Stiftung): _____