



Besucher Kurzscreening SARS Covid 19

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Beginn Besuch: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Ende Besuch: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Name des Bewohners: \_\_\_\_\_

- 1) Hatten Sie in den letzten Tagen Fieber, Husten, Schnupfen oder sonstige Erkältungssymptome?
- ➔ Temperatur:   JA  NEIN
- 2) Waren Sie bereits mit Covid 19 infiziert?
- ➔ Falls ja, Wann?   JA  NEIN
- 3) Haben Sie bereits einen vollständigen Impfschutz gegen Covid 19 erhalten?
- ➔ Falls ja, Wann?   JA  NEIN
- ➔ 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):