



- Kurzscreening Besucher-

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Beginn Besuch: _____

Ende Besuch: _____

Name des Bewohners: _____

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

JA:

NEIN:

Temperatur:

2) Waren Sie bereits mit Covid 19 infiziert?

JA: Datum: _____

NEIN:

3) Haben Sie bereits einen vollständigen Impfschutz erhalten und ist dieser nicht älter als 6 Monate?

JA: Datum der Impfung? _____

NEIN:

4) Wurden Sie in den letzten 24 Stunden per PoC- Antigen Schnelltest auf Covid 19 getestet?

JA:

NEIN:

Falls nein, Testergebnis vor Ort:

Positiv:

Negativ:

Datum: _____

Unterschrift Besucher: _____

Unterschrift MA: _____