



FORMULAR zur Erhebung von Erkältungssymptomen und Frage nach Kontakten zu Personen mit COVID-19 bei Dienstleistern, ehrenamtlich Tätigen, Seelsorgerinnen/Seelsorgern und Besucherinnen und Besuchern während der COVID-19 Pandemie.

Anmerkung: **Sofern mehrere Bewohner von einer Person/Dienstleister aufgesucht werden, müssen ALLE Kontakte einzeln vermerkt werden, d.h. pro aufgesuchten Bewohner je ein Formular nutzen!**

Name, Vorname (Besucher / Dienstleister ¹): _____

Ort, Straße, Hausnr.: _____ ☎ : _____

Aufgesuchter Bewohner / Wohnbereich / Zimmer: _____

Symptome ²: _____

Kontakt zu Personen COVID-19 in den letzten 14 Tagen: JA NEIN

Ersteinweisung in Hygienemaßnahmen erhalten: am: _____

durch: Name MA _____ Unterschrift MA _____

Wiesbaden, . .2021 Unterschrift: _____

¹**Dienstleister** sind z.B. Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Friseur*innen, Fußpfleger*innen, u. weitere hier nicht benannte Berufs- u. Personengruppen, die in die Einrichtung kommen. Hierzu zählen weiterhin ehrenamtlich Tätige, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Besucherinnen und Besucher...

²**Symptome**: Fieber, Husten, Schnupfen, Kurzatmigkeit/Atemnot, Halsschmerzen, Muskel- u. Gelenkschmerzen, verstopfte Nase, Fehlen von Geruchs- u. Geschmackssinn, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Konjunktivitis, Hautauschlag, Apathie, Somnolenz...

Freigabe 01.06.2021 GF Michael Portz

FORMULAR zur Erhebung von Erkältungssymptomen und Frage nach Kontakten zu Personen mit COVID-19 bei Dienstleistern, ehrenamtlich Tätigen, Seelsorgerinnen/Seelsorgern und Besucherinnen und Besuchern während der COVID-19 Pandemie.

Anmerkung: **Sofern mehrere Bewohner von einer Person/Dienstleister aufgesucht werden, müssen ALLE Kontakte einzeln vermerkt werden, d.h. pro aufgesuchten Bewohner je ein Formular nutzen!**

Name, Vorname (Besucher / Dienstleister ¹): _____

Ort, Straße, Hausnr.: _____ ☎ : _____

Aufgesuchter Bewohner / Wohnbereich / Zimmer: _____

Symptome ²: _____

Kontakt zu Personen COVID-19 in den letzten 14 Tagen: JA NEIN

Ersteinweisung in Hygienemaßnahmen erhalten: am: _____

durch: Name MA _____ Unterschrift MA _____

Wiesbaden, . .2021 Unterschrift: _____

¹**Dienstleister** sind z.B. Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Friseur*innen, Fußpfleger*innen, u. weitere hier nicht benannte Berufs- u. Personengruppen, die in die Einrichtung kommen. Hierzu zählen weiterhin ehrenamtlich Tätige, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Besucherinnen und Besucher...

²**Symptome**: Fieber, Husten, Schnupfen, Kurzatmigkeit/Atemnot, Halsschmerzen, Muskel- u. Gelenkschmerzen, verstopfte Nase, Fehlen von Geruchs- u. Geschmackssinn, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Konjunktivitis, Hautauschlag, Apathie, Somnolenz...

Freigabe 01.06.2021 GF Michael Portz