

Besucherschein

Kurzscreening für Besucherinnen und Besucher

Hinweis zum Datenschutz:

Dieser Bogen wird für eine etwaige Kontaktnachverfolgung nach dem Besuch 21 Tage lang archiviert und anschließend vernichtet.

Datum des Besuchs:

Datum

Persönliche Daten:

Vorname, Name,

Adresse

Telefon

Besuchte Person/Bereich:**Sind bei Ihnen in den letzten 14 Tage eines oder mehrere der folgenden Krankheitssymptome aufgetreten?**

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Fieber | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Husten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Halsschmerzen oder Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Atemnot | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Geschmacks- oder Geruchsverlust | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Starke Müdigkeit* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Starker Schnupfen* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

* soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Allergie) erklärbar

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, bei der eine Erkrankung an Covid 19 bzw. eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 diagnostiziert wurde?

Ja Nein

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen Kontakt in einem Gebiet aufgehalten, welches vom RKI als Risiko- oder Hochinzidenzgebiet klassifiziert wurde?

Ja Nein

Datum, Unterschrift **Besucherin/Besucher**