

| | | |
|--------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Theresia Albers Stiftung | CQM-Systemhandbuch | Geltungsbereich TAS |
|--------------------------------|---------------------------|------------------------|

Kurzscreening für Besucher von vollstationären Einrichtungen der Pflege und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe sowie ähnlichen Einrichtungen während der COVID-19 Pandemie

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Vor- und Nachname: | |
| Adresse: | |
| Telefonnummer: | |
| Aufzusuchender Bewohner oder Bereich: | |
| Datum: | Uhrzeit: von _____ bis _____ |

Angaben zu Erkältungssymptomen

| Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage eines der folgenden Symptome? | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden | | |
| Husten | | |
| Atemnot | | |
| Geschmacks- oder Geruchsverlust | | |
| Unerklärliche Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust | | |
| Schnupfen, soweit nicht durch Vorerkrankung (z. B. Allergien) | | |

Von der Einrichtung auszufüllen:

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachweis Impfung, Genesen oder Getestet liegt vor: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Temperaturmessung: | °C | |
| Einlass des Besuchers wurde gewährt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum, Unterschrift BESUCHER/IN

Datum, Unterschrift Einrichtung

| Freigabe | Bearbeiter | Version | ID-Nr. | Datum | Seite |
|---------------|----------------|-------------|--------|------------|---------|
| Lux, Angelika | Timmer, Sabine | 002/11.2021 | 6402 | 24.11.2021 | 1 von 1 |