



Datenblatt für die Besucherregistrierung

BewohnerIn

Name	
Zimmer	

Besucher:

Name	
Beziehung	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	

Fragen zur Gesundheit:

1.) Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu möglichen COVID-19 Verdachtsfällen im persönlichen Umfeld Ja Nein

2.) Leiden Sie an neu aufgetretenen Symptomen wie:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Husten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="radio"/> Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="radio"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="radio"/> Müdigkeit, Mattigkeit, Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

3.) Körpertemperaturmessung vor Ort:

Ein Besuch wird nur dann gestattet, wenn alle oben genannten Angaben von Ihnen verneint wurden und wenn bei der kontaktlosen Temperaturmessung vor Ort keine erhöhte Temperatur festgestellt wird. Das Maßnahmenblatt für die Besucherregelung wurde gelesen und zur Kenntnis genommen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Kritzendorf,.....

Unterschrift:.....