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:
* Durchfall [ ]  Ja [ ]  Nein
* Husten [ ]  Ja [ ]  Nein
* Atembeschwerden [ ]  Ja [ ]  Nein
* Muskelschmerzen [ ]  Ja [ ]  Nein
* Müdigkeit, Mattigkeit, Abgeschlagenheit [ ]  Ja [ ]  Nein
* Beeinträchtigung Geruchs- und
Geschmackssinn [ ]  Ja [ ]  Nein
1. 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:………………………….…………..