

Kurzscreening für Besucher in der LWL-Klinik Lengerich

Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Aufzusuchende/r Bewohner/in:	
Wohnbereich/Zimmernummer der Bewohner/in:	
Datum, Uhrzeit und Dauer des Besuchs:	

Angaben zu Erkältungssymptomen

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber		
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden		
Husten		
Atemnot		
Geschmacks- oder Geruchsverlust		
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar		
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar		

	JA	NEIN
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?		

Von der Einrichtung auszufüllen:

	JA	NEIN
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt		
Einlass des Besuchers wurde gewährt		

Datum, Unterschrift Besucher/in

Datum, Unterschrift Einrichtung