

Auskunfts- und Screeningbogen Wohnverbund

gemäß der landesrechtlichen Vorschriften durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalens vom 05. Mai 2020 muss jeder Besuch registriert (Name der Besucherin / des Besuchers, Datum des Besuchs, besuchte Heimbewohnerin / besuchter Heimbewohner) und einem Kurzscreening unterzogen werden. Bitte füllen Sie daher diesen Bogen vollständig aus und unterschreiben ihn für die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Besucher/
Besucherin:

Vorname Nachname Straße PLZ Stadt

Ich besuche: _____ Datum / Uhrzeit: _____
Vorname Nachname

Kurzscreening:

Leiden Sie zurzeit unter:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Akutem Husten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Halsschmerzen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Luftnot | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Weiteren akuten respiratorischen Grippe-/Erkältungssymptome (Schnupfen, Fieber) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigtem COVID-19-Fall Kontakt Ja Nein

Haben Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage im Ausland aufgehalten Ja Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und willige ein, dass im Falle einer Infektionskette meine Daten an das örtliche Gesundheitsamt übermittelt werden.

Unterschrift Besucher / Besucherin

Bitte beachten Sie auch:

- Tragen Sie Ihre Alltagsmaske
- Halten Sie einen Abstand von mindestens 1,5 Metern
- Halten Sie sich nur in den dafür vorgesehenen Räumen auf
- Bitte leisten Sie den Ausführungen unserer Mitarbeiter Folge