



## **Besucherfragebogen Sars-Cov-2 (Coronavirus)**

Sehr geehrter Besucher, die Sicherheit unserer Bewohner hat für uns oberstes Gebot, der folgende Fragebogen gibt uns daher die Möglichkeit in einem gewissen Umfang einzuschätzen, ob Sie eventuell an einer Infektion mit dem Sars-Cov-2 Virus (Coronavirus) leiden könnten, gleichzeitig sind wir verpflichtet die Kontaktdaten aller Besucher zu erfassen, diese werden nach 4 Wochen wieder gelöscht.

Wir möchten Sie daher bitten den Fragebogen vor Ihrem Besuch nach bestem Wissen und Gewissen auszufüllen, wir sind verpflichtet bei Ihrem Besuch Ihre Kontaktdaten, falls Sie uns nicht persönlich bekannt sind, mit Ihrem Personalausweis abzugleichen.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir, falls wir zu dem Schluss kommen dass eine Infektion mit dem Sars-Cov-2 Virus (Coronavirus) bei Ihnen nicht ausgeschlossen werden kann, den Besuch untersagen müssen. Dies dient dem Schutz Ihres Angehörigen und der anderen Bewohner in unserer Einrichtung.

**Viele Dank für Ihr Verständnis.**

Kontaktdaten des Besuchers:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Datum und Uhrzeit des Besuches: \_\_\_\_\_

Name des Bewohners der Besucht wird: \_\_\_\_\_



# Senioreenheim Parkblick

Die neue Art der Pflege

Wurden Sie positiv auf den Sars-Cov-2 Virus (Coronavirus) getestet,  
wenn ja wann? Ja ( ) am: \_\_\_\_\_ Nein ( )

Hatten Sie in den vergangenen Wochen Kontakt zu einer Person die positiv auf den  
Sars-Cov-2 Virus (Coronavirus) getestet wurde? Ja ( ) Nein ( )

Haben oder hatten Sie (in den letzten 14 Tagen) grippeähnliche Symptome?  
Ja ( ) Nein ( )

Haben oder hatten Sie (in den letzten 14 Tagen) Fieber? Ja ( ) Nein ( )

Haben oder hatten Sie (in den letzten 14 Tagen) Schnupfen? Ja ( ) Nein ( )

Haben oder hatten Sie (in den letzten 14 Tagen) Husten? Ja ( ) Nein ( )

Haben oder hatten Sie (in den letzten 14 Tagen) Halsschmerzen? Ja ( ) Nein ( )

Haben oder hatten Sie (in den letzten 14 Tagen) einen Verlust des Geruchs- und/oder  
Geschmackssinns? Ja ( ) Nein ( )

Haben oder hatten Sie (in den letzten 14 Tagen) starke Übelkeit? Ja ( ) Nein ( )

Haben oder hatten Sie (in den letzten 14 Tagen) Erbrechen- und/oder Durchfall?  
Ja ( ) Nein ( )

Haben oder hatten Sie (in den letzten 14 Tagen) Kopf- und/oder Gliederschmerzen?  
Ja ( ) Nein ( )

Haben oder hatten Sie (in den letzten 14 Tagen) bläuliche Flecken, insbesondere im  
Bereich der Zehen? Ja ( ) Nein ( )



# Senioreenheim Parkblick

Die neue Art der Pflege

## **Bitte beachten:**

- Vor dem betreten der Einrichtung ist ein Mund-Nasen-Schutz anzulegen.
- Beim Besuch von bettlägerigen Bewohnern ist zusätzlich ein Schutzanzug anzuziehen.
- Die Hände müssen vor dem Besuch desinfiziert werden.
- Sollten Sie aus medizinischen Gründen keinen Mund.Nasen-Schutz tragen können sagen Sie uns dies bitte bereits bei der Terminabsprache, wir werden dann im Einzelfall entscheiden ob ein Besuch trotzdem möglich ist, können dies aber nicht garantieren.
- Aus versorgungstechnischen Gründen ist es uns nur in Ausnahmefällen möglich Ihnen für Ihren Besuch Schutzausrüstung zur Verfügung zu stellen, diese muss von Ihnen daher leider selbst besorgt werden.
- Während dem Besuch ist ein Mindestabstand von 1,5 Metern zu dem Bewohner einzuhalten (beim Besuch von bettlägerigen Bewohnern ist, falls ein Abstand von 1,5 Metern räumlich bedingt nicht eingehalten werden kann, der größtmögliche Abstand einzuhalten).
- Berührungen sind leider untersagt.

Hiermit bestätige ich die von mir in diesem Fragebogen gemachten Angaben:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_