

Dokumentation Symptommfreiheit Besucher_H20

Besucher Bewohner:

Wohnbereich: _____ **Zi.-Nr.:** _____

Hiermit bestätige ich (Besucher) _____, dass ich zum Zeitpunkt meines Besuches

am: _____ um: _____

- nicht unter einer Atemwegsinfektion leide,
- nicht in den letzten 14 Tagen auf dem Land-, See- und Luftweg aus einem Staat außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in Hessen eingereist bin,
- in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer Person hatte, die positiv auf CoVid19 getestet wurde,
- keine der u.g. Symptome einer Corona - Infektion zeige.

Symptome

- Fieber
- Husten
- Schnupfen
- verstopfte Nase
- Halsschmerzen
- Kopfschmerzen
- Muskel- und Gelenkschmerzen
- Kurzatmigkeit
- Übelkeit / Erbrechen
- Durchfall
- Appetitlosigkeit
- gerötete / entzündete Augen
- Hautausschlag
- Verlust der Sprache
- Benommenheit
- Schläfrigkeit

oder mich anderweitig krank fühle.

- seitens der Einrichtung über die aktuellen Hygienemaßnahmen (Mundschutz, Händedesinfektion usw.) informiert worden bin und ich diese Verstanden habe.

Name: _____ **Unterschrift:** _____