

## Dokumentation Symptommfreiheit Besucher\_H19

**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:** \_\_\_\_\_