 **Besucherauskunftsbogen**

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Nachname: | |
| Wohnort: | |
| Telefonnummer: | |
| Datum: | Uhrzeit: |
| Symptome® ⃝ ja ⃝ nein | |
| PCR Test (nicht älter als 48 Stunden): Datum:/Uhrzeit:……………………..………  ⃝ negativ ⃝ positiv | |
| Schnelltest (nicht älter als 24 Stunden): Datum:/Uhrzeit:……………………..………  ⃝ negativ ⃝ positiv  Wenn Test im Caritas Haus St. Barbara: …………………………………………….  (Unterschrift Tester) | |
| **Besuchte Person:** | |

Die Besucherregeln und Hygienemaßnahmen habe ich gelesen, verstanden und halte sie ein.

®Besucher zeigt Symptome nach RKI: Fieber, Husten, Schnupfen, Kurzatmigkeit/Atemnot, Halsschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, verstopfte Nase, Fehlen von Geruch- und Geschmacksinn, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Konjunktivitis, Hautausschlag, Apathie, Somnolenz

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Besucher Unterschrift Pforte/Betreuung