
Bestätigung des Gesundheitszustandes

Dieses Formular ist anzuwenden, wenn ein Bewohner / eine Bewohnerin von der Familienheimfahrt wieder in die Einrichtung/Wohngruppe zurückkehren möchte

Name des Bewohners / der Bewohnerin:

Einrichtung/Wohngruppe:

Bitte bestätigen Sie unten aufgeführte Aussagen durch Ankreuzen:

Der Bewohner / die Bewohnerin hat sich in den letzten 14 Tagen nicht in einem vom Robert-Koch-Institut ausgewiesenen Risikogebiet aufgehalten.

Mir ist nicht bekannt, dass der Bewohner / die Bewohnerin Kontakt mit einer Person hatte, die in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet war.

Mir ist nicht bekannt, dass der Bewohner / die Bewohnerin Kontakt zu einer am COVID-19 (Corona-Virus) erkrankten Person hatte.

Der Bewohner / die Bewohnerin zeigt keinerlei Symptome auf, die auf eine COVID-19-Erkrankung (Corona-Virus) hindeuten. Diese sind u.a.:

- Fieber (Messung vor Abfahrt)
- Erkältungssymptome wie Husten, Schnupfen, Kopf- oder Halsschmerzen
- Kurzatmigkeit und Atemnot
- Muskel- und Gelenkschmerzen
- Müdigkeit oder Schläppheit
- Übelkeit oder Erbrechen
- Durchfall

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der o. g. Angaben:

Ort, Datum und Unterschrift Angehörige/r bzw. gesetzliche Vertretung