Gesundheitsprotokoll Coronavirus COVID-19



Name der Einrichtung:						
Name BewohnerIn:						
Datum:						
Körpertemperatur:	morge	ns Uhrzeit			abends	Uhrzeit
· ·		Temperatur	_°C	Temperatur °C		Temperatur °C
Hüsteln:	•	nein O		Husten:	-	nein O
Atembeschwerden:	•	nein O		Schnupfen:		nein O
Halsschmerzen:	ja O	nein O		Durchfall:		nein O
Abgeschlagenheit:	ja O	nein O		Sensorik-Verlust: (Geruchs-, Geschmacksverlust)	ја О	nein O
Sonstiges: (z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen)						
Datum:			_			
Körpertemperatur:	morge	ns Uhrzeit		mittags Uhrzeit °C	abends	Uhrzeit
· · · · ·		Temperatur	_°C			
Hüsteln:	-	nein O		Husten:	-	nein O
Atembeschwerden:	•	nein O		Schnupfen:	-	nein O
Halsschmerzen:	ja O	nein O		Durchfall:		nein O
Abgeschlagenheit:	ja O	nein O		Sensorik-Verlust: (Geruchs-, Geschmacksverlust)	ja O	nein O
Sonstiges: (z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen)						
Datum:			_			
Kärnartamparatur.	morge	ns Uhrzeit			abends	Uhrzeit
Körpertemperatur:		Temperatur	_ °C	Temperatur °C		Temperatur °C
Hüsteln:	ja O	nein O		Husten:	ja O	nein O
Atembeschwerden:	ja O	nein O		Schnupfen:	ja O	nein O
Halsschmerzen:	ja O	nein O		Durchfall:	•	nein O
Abgeschlagenheit:	ја О	nein O		Sensorik-Verlust: (Geruchs-, Geschmacksverlust)	ja O	nein O
Sonstiges: (z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen)						
Datum:			_			
Kärnartannaratur.	morge	ns Uhrzeit	_		abends	Uhrzeit
Körpertemperatur:		Temperatur	_°C	Temperatur °C		Temperatur °C
Hüsteln:	ja O	nein O		Husten:	ja O	nein O
Atembeschwerden:	ja O	nein O		Schnupfen:	ja O	nein O
Halsschmerzen:	-	nein O		Durchfall: Sensorik-Verlust:	•	nein O
Abgeschlagenheit:	ja O	nein O		(Geruchs-, Geschmacksverlust)	ja O	nein O
Sonstiges: (z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen)						

Datenspeicherung (DSGVO):

Die Angaben über den Gesundheitszustand werden im Akt des Bewohners bzw. der Bewohnerin abgelegt. Sollten Auffälligkeiten bzw. Erkrankungen bei der/dem Bewohnerln auftreten, werden die Daten an die Gesundheitsbehörde weitergegeben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich das Gesundheitsprotokoll wahrheitgemäß ausgefüllt zu haben und erkläre mich damit einverstanden die Daten zu speichern bzw. ggf. weiterzuleiten:

Unterschrift BewohnerIn bzw. ErwachsenenvertreterIn