

Gesundheitsprotokoll Coronavirus COVID-19



Name der Einrichtung: _____

Name BewohnerIn: _____

<p>Datum: _____</p> <p>Körpertemperatur: morgens Uhrzeit _____ Temperatur ____ °C mittags Uhrzeit _____ Temperatur ____ °C abends Uhrzeit _____ Temperatur ____ °C</p> <p>Hüsteln: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Husten: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>Atembeschwerden: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Schnupfen: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>Halsschmerzen: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Durchfall: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>Abgeschlagenheit: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Sensorik-Verlust: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> (Geruchs-, Geschmacksverlust)</p> <p>Sonstiges: (z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen)</p>
<p>Datum: _____</p> <p>Körpertemperatur: morgens Uhrzeit _____ Temperatur ____ °C mittags Uhrzeit _____ Temperatur ____ °C abends Uhrzeit _____ Temperatur ____ °C</p> <p>Hüsteln: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Husten: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>Atembeschwerden: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Schnupfen: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>Halsschmerzen: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Durchfall: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>Abgeschlagenheit: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Sensorik-Verlust: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> (Geruchs-, Geschmacksverlust)</p> <p>Sonstiges: (z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen)</p>
<p>Datum: _____</p> <p>Körpertemperatur: morgens Uhrzeit _____ Temperatur ____ °C mittags Uhrzeit _____ Temperatur ____ °C abends Uhrzeit _____ Temperatur ____ °C</p> <p>Hüsteln: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Husten: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>Atembeschwerden: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Schnupfen: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>Halsschmerzen: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Durchfall: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>Abgeschlagenheit: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Sensorik-Verlust: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> (Geruchs-, Geschmacksverlust)</p> <p>Sonstiges: (z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen)</p>
<p>Datum: _____</p> <p>Körpertemperatur: morgens Uhrzeit _____ Temperatur ____ °C mittags Uhrzeit _____ Temperatur ____ °C abends Uhrzeit _____ Temperatur ____ °C</p> <p>Hüsteln: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Husten: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>Atembeschwerden: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Schnupfen: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>Halsschmerzen: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Durchfall: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>Abgeschlagenheit: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Sensorik-Verlust: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> (Geruchs-, Geschmacksverlust)</p> <p>Sonstiges: (z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen)</p>

Datenspeicherung (DSGVO):

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

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

Unterschrift BewohnerIn bzw. ErwachsenenvertreterIn