

**Geplante Aufnahme in Einrichtungen der Pflege oder Eingliederungshilfe
aus dem familiären Umfeld:**

Name und Anschrift der *aufnehmenden* Pflegeeinrichtung/Einrichtung EGH:

Geplanter Aufnahmezeitpunkt: _____

Hiermit teile ich der oben angegebenen Einrichtung folgende Angaben zum **gesundheitlichen Status** des/der Patienten/Patientin **zum Zeitpunkt der Aufnahme** mit und bestätige die Richtigkeit.

Name, Verwandtschaftsverhältnis, Bevollmächtigung durch:

Telefon _____ FAX _____ E-Mail _____

Name, Vorname, Geburtsdatum des/der Patienten/in:

Grund der Aufnahme:

1.) Der/die Patient/-in hat Symptome einer akuten respiratorischen Erkrankung und/oder den Verlust von Geruchs- und/oder Geschmackssinn:

Ja

Nein

Bei Ja >>> Ergebnis der SARS-CoV-2 Testung: positiv negativ

2.) Patient/-in ist COVID-19 erkrankt oder positiv getestet:

Ja Erkrankungsbeginn: _____

Nein

Bei Ja >>> Der/die Patient/-in ist seit mindestens 48 h frei von Symptomen, die mit einer Covid19-Erkrankung vereinbar sind und es liegt ein negativer SARS-CoV-2-Test aus 2 zeitgleich durchgeführten Abstrichen (Nase und Rachen) vor.

Ja

Nein

Name _____ Datum _____ Unterschrift _____
in **DRUCKBUCHSTABEN**