

Gesundheits-Checkliste

für Besucherinnen und Besucher während
einem Besuch innerhalb und ausserhalb
des Alterswohnheims Neukirch-Egnach



A. Personalien

1. Name der Bewohnerin oder des Bewohners

Name: _____ Vorname: _____ Zimmer-Nr.: _____

2. Name der Besucherin oder des Besuchers

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

B. Fragekatalog zu beantworten von Besucherin respektive des Besuchers (innerhalb oder ausserhalb des Pflegeheimgeländes)

- | | JA | NEIN |
|---|----|------|
| 1. Haben Sie eines der folgenden Symptome: | | |
| a. Trockener Husten | | |
| b. Halsschmerzen | | |
| c. neu aufgetretene Kurzatmigkeit | | |
| d. Fieber, Fiebergefühl | | |
| e. Muskelschmerzen | | |
| f. Plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns | | |
| g. Andere grippeartige Symptome | | |
| 2. Hatten Sie eines der oben beschriebenen Symptome innerhalb der letzten 48 Stunden? | | |

Falls eine oder mehrere Fragen mit „JA“ beantwortet wurden, ist ein Besuch nicht möglich. Die Institutionsleitung kann in sachlich begründeten Fällen Ausnahmen bewilligen.



C. Schutzmassnahmen

Die Besucherin respektive der Besucher (innerhalb oder ausserhalb des Pflegeheimgeländes) bestätigt mit seiner Unterschrift:

- Vom Pflegeheim wurden die Schutzmassnahmen des BAG und die Schutzmassnahmen des Pflegeheims instruiert;
- Die Händedesinfektion wird gemäss Instruktionen der Institution eingehalten;
- Schutzmassnahmen wie unter anderem betreffend den Gebrauch eines Mundschutzes werden gemäss Instruktion des Pflegeheims eingehalten;
- Generell werden die Abstandsregeln des Bundes zu allen Bewohnerinnen und Bewohnern, zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und zu weiteren Personen im Pflegeheim eingehalten.
- Bei grösseren Menschenansammlungen oder im gut frequentierten öffentlichen Verkehr ist der Gebrauch eines Mundschutzes Pflicht.

D. Übernahme der Verantwortlichkeit im Umgang mit den Schutzmassnahmen

Die Besucherin oder der Besucher (innerhalb oder ausserhalb des Pflegeheimgeländes) bestätigt mit seiner Unterschrift, die Verantwortlichkeit in Bezug der Einhaltung der Schutzmassnahmen für sich und den anvertrauten Bewohner / Bewohnerin zu übernehmen. Er ist damit einverstanden, dass dieses Formular zur Sicherstellung des Contact-Tracings (Nachverfolgbarkeit bei einer allfälligen Ansteckung mit COVID-19-Erkrankung) während 180 Tagen unter Verschluss aufbewahrt wird.

E. Unterschrift

Die Besucherin oder der Besucher (innerhalb oder ausserhalb des Pflegeheimgeländes) bestätigt, die Fragen vollständig und wahrheitsgemäss beantwortet zu haben und die Schutzmassnahmen zu befolgen.

Datum des Besuchs: _____ Unterschrift Besucherin / Besucher: _____

Datum des Besuchs: _____ Unterschrift Besucherin / Besucher: _____

Datum des Besuchs: _____ Unterschrift Besucherin / Besucher: _____

Datum des Besuchs: _____ Unterschrift Besucherin / Besucher: _____

Datum des Besuchs: _____ Unterschrift Besucherin / Besucher: _____

Datum des Besuchs: _____ Unterschrift Besucherin / Besucher: _____

Datum des Besuchs: _____ Unterschrift Besucherin / Besucher: _____

Datum des Besuchs: _____ Unterschrift Besucherin / Besucher: _____

Datum des Besuchs: _____ Unterschrift Besucherin / Besucher: _____