

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**
Abteilung Gesundheit

REGISTRATION UND CHECKLISTE

Für Besucherinnen und Besucher in Pflegeheimen

A. PERSONALIEN

Bewohnerin / Bewohner

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

Besucherin / Besucher

Name: _____ Vorname: _____

Telefonnummer: _____

B. GESUNDHEITZUSTAND

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie eines der folgenden Symptome? | | |
| a) Husten (trocken) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Kurzatmigkeit (neu aufgetreten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Fieber, Fiebergefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Andere Symptome (grippeartig) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Hatten Sie eines der oben beschriebenen Symptome innerhalb der letzten 48 Stunden?

- JA
 NEIN

3. Hat jemand, mit dem sie zusammenleben oder engen Kontakt haben, eines der oben aufgeführten Symptome?

- JA
 NEIN

Falls mindestens eine Frage mit „JA“ beantwortet wird oder seitens des Pflegeheims Zweifel an der Richtigkeit der Angaben bestehen, darf das Pflegeheim den Besuch verweigern.

C. VERHALTENSWEISUNGEN

Das Pflegeheim klärt die Besucherinnen und Besucher individuell über die Schutzmassnahmen des BAG und das Besucherkonzept der Institution auf. Zentral sind die folgenden Verhaltensanweisungen:

- Desinfektion der Hände
- Gebrauch eines Mundschutzes
- Verzicht auf Küsse, Umarmungen und Händeschütteln
- Abstandsregel von 2 Metern gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern und Mitarbeitenden
- Aufenthalt einzig in der vom Pflegeheim bezeichneten Besucherzone

D. LÖSCHUNG DER DATEN

Die Angaben unter Litera A und B werden nach 4 Wochen gelöscht, sofern bei der Bewohnerin oder dem Bewohner keine Krankheitssymptome auftreten.

E. UNTERSCHRIFT

Die Besucherin oder der Besucher bestätigt, die Fragen korrekt beantwortet zu haben, vom Pflegeheim über die Verhaltensanweisungen aufgeklärt worden zu sein und diese verstanden zu haben.

Weiter erklärt sich die Besucherin oder der Besucher bereit, die Verhaltensanweisungen jederzeit zu befolgen. Sie oder er ist sich bewusst, dass eine Missachtung die sofortige Beendigung des Besuchsrechts zur Folge hat.

Datum des Besuchs: _____

Unterschrift Besucherin/Besucher: _____

Unterschrift Pflegeheimvertreter: _____