



**SONNHALDE Gesundheitsschutz**  
**Gesundheitsfragebogen & Verhaltensregeln universal**

gültig ab  
21. August 2020

**Voraussetzung:** - Wir setzen voraus, dass alle Beteiligten befähigt sind, geltende BAG Regelungen sowie das SONNHALDE Schutzkonzept einzuhalten!

**Verhaltensregeln:**







- Maskenpflicht ÖV und wenn Abstandsregelung nicht eingehalten werden kann.  
 - Unterlassen Sie das Händeschütteln und Umarmen zum Schutz unserer Bewohner –innen.  
 - halten Sie sich bitte an die Anweisungen des Personals, Danke!

**Treffpunkt** Sie werden beim abgesprochenen Treffpunkt zur vereinbarten Zeit abgeholt.

**Contact Tracing:** Den Nachweis benötigen wir zu Ihrer Sicherheit. Das Dokument wird nach 14 Tagen vernichtet.

**Bewohnerkontakt:**

<input type="checkbox"/> angemeldeter Besuch Angehörige	<input type="checkbox"/> <b>Amtsperson, Behörde</b>
<input type="checkbox"/> angemeldeter Spaziergang	<input type="checkbox"/> <b>Begleitung zu ext. Termin</b>
<input type="checkbox"/> angemeldeter Tagesausflug	<input type="checkbox"/> <b>Restaurantbesuch</b> (Schutzkonzept Gastro einhalten!)
<input type="checkbox"/> Familienfest Ort/Gemeinde:	
<input type="checkbox"/> Ausflug Zoo, Freibad etc. Ort: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Gleich bleibende reguläre Wochenend Besuche von Fr.-So., 2 Nächte;</b> (Angehörige müssen einmalig für Antrag WE Urlaub unterschreiben)	

**Bewohner –in**  
**Name** \_\_\_\_\_ **Abteilung:** \_\_\_\_\_

für alle Bereiche:

<input type="checkbox"/> <b>Vertreterbesuch</b>	<input type="checkbox"/> <b>ext. Gesprächsperson</b> (RUG; Galerie etc.)
<input type="checkbox"/> <b>Bewerbungsgespräch</b>	<input type="checkbox"/> <b>Referent -in</b> (Regelung siehe Merkblatt)
<input type="checkbox"/> <b>Probearbeitstag / Praktikanten</b> (Verantw. MA definieren für die Einhaltung vom Schutzkonzept)	
<input type="checkbox"/> <b>Termin: Handwerker; Techniker bei Einlagerung; &gt;15 Min., bei</b>  <b>Gebäude / Raum →Maske</b>	
<input type="checkbox"/> .....	

**Tag / Datum** : \_\_\_\_\_ **Zeitpunkt oder von/bis:** \_\_\_\_\_

**Name**  Herr  Frau \_\_\_\_\_ **Telefon oder mail:** \_\_\_\_\_

**Gesundheitsfragebogen:** letzte 48 Stunden; leiden Sie an folgenden Symptomen?

1. Muskelschmerzen, Fieber / Fiebergefühl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Trockener Husten, Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
neu aufgetretener Verlust oder erhöhter Geruchs- Geschmackssinn	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
neu aufgetretener kurzer Atem (kein tief Luft holen möglich)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere grippeartige Symptome, wenn ja, welche: .....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Hatten Sie Kontakt zu Personen -positiv getestet Personen;	
Kontakt zu Personen, die sich aktuell in Quarantäne / Isolation befinden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Sind Sie im Zeitraum der <b>letzten 14 Kalendertage</b> aus einem Land eingereist, <b>das aktuell / heute auf der BAG - Liste der Risikoländer</b> deklariert ist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Die 10 tägige Quarantäne muss - ohne Symptome - eingehalten worden sein!</b>	

Auswertung: Frage(n) mit „JA“ beantwortet, Rücksprache mit der Pflegedienstleitung (Hotline): **Tel. 044 936 61 28.**

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns, dass Sie die Gesundheitscheckliste korrekt beantwortet, die Verhaltensregeln verstanden haben und diese einhalten.**

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Ausgefülltes Formular an Postfach Q-Sicherung doris.emmenegger, wird 14-Tage aufbewahrt.  
 Bereiche: wiederkehrende Handwerker/Lieferanten sind 1xmalig instruiert, Ablage I.820\_QM-Team Rückverfolgung/...