



SONNHALDE Gesundheitsschutz
Gesundheitsfragebogen / Verhaltensregeln

aktualisiert 05.11.2020

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

Verhaltensregeln:



- Auf dem ganzen SONNHALDE Areal und in den Innenräumen gilt **Maskenpflicht**, ansonsten gelten die aktuellen Weisungen vom Bundesrat, BAG und GDZH
- Unterlassen Sie bitte das Händeschütteln, Umarmung zum Schutz unserer Bewohner –innen.

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.

Name externe Person: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Firma:
--	------------------------

Telefon / Natel für Contact Tracing:	Email:
---	---------------------

betrifft Tag / Datum:	Zeit von / bis
------------------------------------	-----------------------------------

Bewohnerkontakt:

<input type="checkbox"/> angemeldeter Besuch Angehörige	<input type="checkbox"/> Amtsperson, Beistände
<input type="checkbox"/> angemeldeter Spaziergang	<input type="checkbox"/> Begleitung zu ext. Termin durch Angehörige
<input type="checkbox"/> angemeldeter Tagesausflug	
<input type="checkbox"/> Regulärer Wochenend-Besuch von Fr-So; 2 Nächte; (Angehörige müssen einmalig für Antrag Wochen Ende / Urlaub unterschreiben)	

Bewohner-in
Name: **Abteilung:**

Anderer Besuchsgrund:
 (z.B. Bewerbung, Probearbeitstag, Vertreter, Referent, Handwerker, Service usw.)

Aufenthaltsort in der Sonnhalde (Gebäude / Raum):

Name Kontaktperson Sonnhalde:

Gesundheitsfragebogen externe Person:

1. Haben Sie **Fieber / Fiebergefühl, Muskelschmerzen?** Ja Nein
 Haben Sie neu aufgetretener **Verlust oder erhöhter Geruchs- Geschmackssinn** Ja Nein
 Leiden Sie unter trockener **Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit** Ja Nein
2. Hatten Sie **Kontakt zu positiv getesteten Personen;**
 zu Personen, welche aktuell in Quarantäne oder Isolation sind Ja Nein
3. Sind Sie im Zeitraum der letzten 14 Kalendertage aus einem Land eingereist,
 das aktuell / heute auf der BAG - Liste der **Risikoländer** deklariert ist? Ja Nein
 Die 10 - tägige Quarantäne muss - ohne Symptome – vorbei sein!

Auswertung: wenn eine der Fragen mit Ja beantwortet wird, mit OP-Dienst (Tel. 044 936 61 28) Situation klären.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie den Gesundheitsfragebogen korrekt beantwortet, die Verhaltensregeln verstanden haben und diese einhalten. Herzlichen Dank.

Unterschrift von externer Person:

Interner Laufweg: Checkliste an Postfach Q-Sicherung Doris Emmenegger.