



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!



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

Bewohner –in
Name _____ **Abteilung:** _____

für alle Bereiche:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vertreterbesuch | <input type="checkbox"/> ext. Gesprächsperson (RUG; Galerie etc.) |
| <input type="checkbox"/> Bewerbungsgespräch | <input type="checkbox"/> Referent -in (Regelung siehe Merkblatt) |
| <input type="checkbox"/> Probearbeitstag / Praktikanten (Verantw. MA definieren für die Einhaltung vom Schutzkonzept) | |
| <input type="checkbox"/> Termin: Handwerker; Techniker bei Einlagerung; >15 Min., bei Gebäude / Raum →Maske | |
| <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 letzten 14 Kalendertage aus einem Land eingereist, das aktuell / heute auf der BAG - Liste der Risikoländer deklariert ist? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Die 10 tägige Quarantäne muss - ohne Symptome - eingehalten worden sein! | |

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/...