

Selbstauskunft für Besucher

Haus Herbstsonne Oberstdorf

Pflegezentrum Bad Hindelang

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer(n): _____

Besucher/in bei: _____

- Ich hatte in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einem Menschen, bei dem eine SARS-CoV-2-Infektion / COVID-19-Infektion bestätigt wurden ODER engen Kontakt zu Menschen, die derzeit unter Quarantäne stehen.
- Es gibt in meinem persönlichen, engen Umfeld (gemeinsame Wohnung) derzeit keine Menschen mit akuten Atemwegsinfektionen.
- Ich habe derzeit keines der folgenden Anzeichen einer akuten Atemwegsinfektion:
 - neu aufgetretener Husten
 - Halsschmerzen
 - neu aufgetretene Kurzatmigkeit (Dyspnoe)
 - Fieber

Während des Aufenthalts in unseren Einrichtungen ist zu beachten:

- Während des gesamten Aufenthalts ist ein Mund-Nasen-Schutz zu tragen und der Mindestabstand von 1,5 m einzuhalten. Körperkontakt ist nicht erwünscht.
- Ich habe nach dem Betreten die Händedesinfektion durchgeführt.
- Die Nies- und Hustenetikette ist zu bewahren (Husten in Armbeuge, Einmaltaschentücher verwenden)

Wir empfehlen für unsere Bewohner inklusive deren Angehörigen, wenn sie das Haus verlassen, folgendes Verhalten:

- Mund-Nasen-Schutz tragen, wenn die Mindestabstandsregelung nicht eingehalten werden kann.
- Das Betreten von Gaststätten vermeiden, wenn möglich Gastronomieterrassen benutzen.
- Sehenswürdigkeiten mit vielen Touristen vermeiden.
- Allgemein auf Menschenansammlungen zu verzichten.
- Auf große Familienzusammentreffen zu verzichten.
- Besuche von Freizeitaktivitäten (Minigolf etc.) zu verzichten
- Nies- & Hustenetikette bewahren (Husten in die Armbeuge, Einmaltaschentücher verwenden).
- Händehygiene vor dem Essen (Waschen der Hände, Händedesinfektion)

Ich erkenne die Regeln des Besucherkonzepts an. Mir ist bewusst, dass ich bei falschen Angaben und beim Nichteinhalten der Regeln mit Maßnahmen durch die Einrichtung zu rechnen habe. Das Merkblatt habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Menschen, die in unserer Einrichtung leben und arbeiten, gehören zur Gruppe, die eines besonderen Schutzes bedürfen. Aus diesem Grund gelten besondere Regelungen zum Besuch in unserer Einrichtung. Bitte seien Sie auch in Ihrem privaten Umfeld sorgsam und halten die allgemeinen Hygieneregeln ein.

X

Datum

Unterschrift Besucher

Von der Einrichtung auszufüllen:

Beginn Besuchszeit _____ Ende Besuchszeit: _____

Bewohner Abholung (Uhrzeit) _____ Bewohner Rückkehr (Uhrzeit) _____

Unterschrift Pflegekraft: _____