|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Departement Gesundheit und SozialesAbteilung Gesundheit |  |
| registration und checkliste |
| Für Besucherinnen und Besucher in Spitäler und Kliniken |

1. **PERSONALIEN**

**Patientin / Patient**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

**Besucherin / Besucher**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **GESUNDHEITSZUSTAND**
2. Haben Sie eines der folgenden Symptome? JA NEIN
3. Husten (trocken) [ ]  [ ]
4. Halsschmerzen [ ]  [ ]
5. Kurzatmigkeit (neu aufgetreten) [ ]  [ ]
6. Fieber, Fiebergefühl [ ]  [ ]
7. Muskelschmerzen [ ]  [ ]
8. Plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns [ ]  [ ]
9. Andere Symptome (grippeartig) [ ]  [ ]
10. Hatten Sie eines der oben beschriebenen Symptome innerhalb der letzten 48 Stunden?

[ ]  JA

[ ]  NEIN

1. 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 der Institution Zweifel an der Richtigkeit der Angaben bestehen, darf die Institution den Besuch verweigern.

1. **VERHALTENSWEISUNGEN**

Die Institution 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
* Abstandregel von 2 Metern gegenüber Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden
* Aufenthalt einzig in der von der Institution bezeichneten Besucherzone

# D. LÖSCHUNG DER DATEN

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

# E. UNTERSCHRIFT

Die Besucherin oder der Besucher bestätigt, die Fragen korrekt beantwortet zu haben, von der Institution 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 Spital-/Klinikvertreter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |