**Gesundheits-Checkliste für**

* **Besucherinnen und Besucher während einem Besuch innerhalb und ausserhalb des AZW**
* **Begleitungen von Bewohnerinnen und Bewohnern während eines Ausfluges**

**A. Personalien**

**1. Name der Bewohnerin oder des Bewohners (die besucht wird/werden)**

Name Vorname Zimmer-Nr.

Name Vorname Zimmer-Nr.

**2. Name der Besucherin oder des Besuchers**

Name Vorname

Telefon

E-Mail

**B. Fragekatalog zu beantworten von Besucherin respektive des Besuchers (innerhalb oder ausserhalb des Alterszentrums Weinfelden = AZW)**

1. Haben Sie eines der folgenden Symptome: JA NEIN
	1. Trockener Husten [ ]  [ ]
	2. Halsschmerzen [ ]  [ ]
	3. neu aufgetretene Kurzatmigkeit [ ]  [ ]
	4. Fieber, Fiebergefühl [ ]  [ ]
	5. Muskelschmerzen [ ]  [ ]
	6. Plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns [ ]  [ ]
	7. Andere grippeartige Symptome [ ]  [ ]
2. Hatten Sie eines der oben beschriebenen Symptome innerhalb
der letzten 48 Stunden? [ ]  [ ]
3. Haben Sie sich zu einem beliebigen Zeitpunkt innerhalb der letzten
14 Tage in einem Risikoland gemäss Liste des BAG aufgehalten? [ ]  [ ]

**Falls eine oder mehrere Fragen mit „JA“ beantwortet wurden, ist ein Besuch bzw. die Begleitung eines Bewohners oder einer Bewohnerin in den Ausgang nicht möglich**.

Die Geschäftsleitung kann in sachlich begründeten Fällen Ausnahmen bewilligen.

Wenden Sie sich dafür im Voraus an die Geschäftsleitung.

**Bitte wenden 🡺**

**C. Schutzmassnahmen**

**Die Besucherin respektive der Besucher (innerhalb oder ausserhalb des AZWs) bestätigt mit seiner Unterschrift:**

* Vom AZW wurden die Schutzmassnahmen des BAG und die Schutzmassnahmen des AZWs instruiert;
* Die Händedesinfektion wird gemäss Instruktionen der Institution eingehalten;
* Schutzmassnahmen wie unter anderem betreffend den Gebrauch eines Mundschutzes werden gemäss Instruktion des Pflegeheims eingehalten;
* Generell werden die Abstandsregeln des Bundes zu allen Bewohnerinnen und Bewohnern, zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und zu weiteren Personen im AZW eingehalten*.*
* bei Bedarf weitere Schutzmassnahmen gemäss Schutzkonzept des AZW.

**D. Unterschrift**

Die Besucherin oder der Besucher (innerhalb oder ausserhalb des AZWs) bestätigt, die Fragen vollständig und wahrheitsgemäss beantwortet zu haben und die Schutzmassnahmen zu befolgen.

Datum des Besuchs:

Uhrzeit:

Unterschrift der Besucherin oder des Besuchers:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktualisiert per 1.9.2020/MAPR