**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