



## 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)

- |   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie eines der folgenden Symptome:  |                          |                          |
| a. Trockener Husten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Halsschmerzen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. neu aufgetretene Kurzatmigkeit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Fieber, Fiebergefühl   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Muskelschmerzen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Andere grippeartige Symptome   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hatten Sie eines der oben beschriebenen Symptome innerhalb der letzten 48 Stunden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie sich zu einem beliebigen Zeitpunkt innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikoland gemäss Liste des BAG aufgehalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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:

---