

Gesundheits-Checkliste

- für Besucherinnen und Besucher während einem Besuch innerhalb und ausserhalb des Alterszentrums Aaheim
- für Begleitungen von Bewohnerinnen und Bewohnern während eines Ausflugs

A. Personalien

1. Name der Bewohnerin oder des Bewohners

Name: _____ Vorname: _____ Zimmer-Nr.: _____

Verwandtschaftsgrad/Bezugsverhältnis zur Bewohnerin/zum Bewohner (Sohn, Tochter etc.):

2. Name der Besucherin oder des Besuchers

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Besuch für: Cafeteria ⇨ Tisch Nr. _____

Spaziergang

B. Fragekatalog zu beantworten von der Besucherin respektive vom Besucher (innerhalb oder ausserhalb des Alterszentrumgeländes)

- | 1. Haben Sie eines der folgenden Symptome: | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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. Schnupfen sowie 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"/> |
|
4. Sind Sie im Besitz eines Covid-Impfzertifikats? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Sind Sie
- | | |
|-----------|--------------------------|
| Geimpft? | <input type="checkbox"/> |
| Genesen? | <input type="checkbox"/> |
| Getestet? | <input type="checkbox"/> |

Falls eine oder mehrere Fragen **der Ziffern 1 – 3** mit „JA“ beantwortet wurden, ist ein Besuch bzw. die Begleitung eines Bewohners oder einer Bewohnerin in den Ausgang nicht möglich. Die Institutionsleitung kann in sachlich begründeten Fällen Ausnahmen bewilligen.

C. Schutzmassnahmen

Die Besucherin respektive der Besucher (innerhalb oder ausserhalb des Alterszentrumgeländes) bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift:

- Vom Alterszentrum wurden die Schutzmassnahmen des BAG und die eigenen Schutzmassnahmen instruiert.
- Die Händedesinfektion wird gemäss Instruktionen der Institution eingehalten.
- Schutzmassnahmen wie unter anderem betreffend den Gebrauch eines Mundschutzes werden gemäss Instruktion des Alterszentrums eingehalten.
- Generell werden die Abstandsregeln des Bundes zu allen Bewohnerinnen und Bewohnern, zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und zu weiteren Personen im Alterszentrum eingehalten.
- Bei Bedarf gelten weitere Schutzmassnahmen gemäss Schutzkonzept des Alterszentrums.

D. Unterschrift

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

Datum des Besuchs:

Uhrzeit Ankunft: _____ Uhrzeit Besuchsende: _____

Unterschrift der Besucherin oder des Besuchers:
