



SONNHALDE Gesundheitsschutz
Gesundheitsfragebogen / Verhaltensregeln

Gültig ab 4.10.2021

Voraussetzung: - Wir setzen voraus, dass alle Beteiligten befähigt sind, geltende BAG Regelungen sowie das SONNHALDE Schutzkonzept einzuhalten!

Verhaltensregeln:  - Auf dem ganzen SONNHALDE Areal und in den Innenräumen gilt **Maskenpflicht**, ansonsten gelten die aktuellen Weisungen vom Bundesrat, BAG und GDZH
- Unterlassen Sie bitte das Händeschütteln, Umarmung zum Schutz unserer Bewohner*innen.

Treffpunkt - Sie werden beim abgesprochenen Treffpunkt zur vereinbarten Zeit abgeholt.

- | | | |
|--------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Besuch | <input type="checkbox"/> angemeldeter Besuch in der Cafeteria | (zwingend Covid-Zertifikat und Ausweis) |
| Bewohner*in | <input type="checkbox"/> angemeldeter Ausflug / Spaziergang | (zwingend Covid-Zertifikat und Ausweis) |
| | <input type="checkbox"/> angemeldeter Besuch auf Zimmer | (zwingend Covid-Zertifikat und Ausweis) |
| | <input type="checkbox"/> Amtsperson, Beistände | (zwingend Covid-Zertifikat und Ausweis) |
| | <input type="checkbox"/> Externe MA Pflege | (zwingend Covid-Zertifikat und Ausweis) |

Bewohner-in **Name:** **Vorname:** **Abteilung:**

Name Besucher 1: Herr Frau **Telefon / Natel** für Contact Tracing:

Zertifikat / ID geprüft
Name **Zertifikat gültig (bis**)
 Zertifikat nicht gültig (Besuch nicht möglich) Email:

Name Besucher 2: Herr Frau **Telefon / Natel** für Contact Tracing:

Zertifikat / ID geprüft
Name **Zertifikat gültig (bis**)
 Zertifikat nicht gültig (Besuch nicht möglich) Email:

betrifft **Zeit**
Tag / Datum: **von** **bis**

Anderer Grund:
(Regulärer Wo-Ende-Besuch, Bewerbung, Probetag (ST), Referent, Handwerker, Techniker, Vertreter)
Name: **Vorname:**
Email:@.....

Ansprechperson in der SONNHALDE:

Aufenthaltsort Gebäude / Raum:

Firma:
betrifft **Zeit**
Tag(e) / Datum: **von** **bis:**

- Gesundheitsfragebogen anderer Besuchsgrund.:**
- Sind Sie **gegen COVID-19** vollständig **geimpft**? Ja Nein
Haben Sie sich in den letzten 5 Tagen testen lassen? Ja Nein
1. Haben Sie **Fieber / Fiebergefühl, Muskelschmerzen?** Ja Nein
Leiden Sie unter trockener **Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit?** Ja Nein
Haben Sie neu aufgetretener **Verlust oder erhöhter Geruchs-/Geschmackssinn?** Ja Nein
2. Hatten Sie **Kontakt zu Personen: positiv getestet; in Quarantäne, in Isolation?** Ja Nein

Auswertung: wenn eine der Fragen 1. - 2. mit Ja beantwortet wird, mit OP-Dienst (Tel. 044 936 61 28) die Situation klären.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie den Gesundheitsfragebogen korrekt beantwortet, die Verhaltensregeln verstanden haben und diese einhalten. Herzlichen Dank.

Unterschrift Besucher*in

Internes Contact Tracing: vollständig ausgefüllten Beleg ans Postfach Q-Sicherung D. Emmenegger für 14-tägige Aufbewahrung. DANKE!