



SONNHALDE Gesundheitsschutz
Gesundheitsfragebogen / Verhaltensregeln

Gültig ab 4.11.2021

Voraussetzung: alle Beteiligten sind befähigt, BAG Regelungen und das SONNHALDE Schutzkonzept einzuhalten!

Verhaltensregeln:

- In allen Innenräumen der SONNHALDE Areal gilt die **Maskenpflicht**, ebenfalls 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)
Bewohner-in	Name:	Vorname: Abteilung:
Name Besucher:	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Telefon / Natel für Contact Tracing:
Zertifikat/ID geprüft
Name	<input type="checkbox"/> Zertifikat gültig (bis)	oder Email:
	<input type="checkbox"/> Zertifikat nicht gültig (Besuch nicht möglich)	
Name Besucher 2:	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Telefon / Natel für Contact Tracing:
Zertifikat/ID geprüft
Name	<input type="checkbox"/> Zertifikat gültig (bis)	oder Email:
	<input type="checkbox"/> Zertifikat nicht gültig (Besuch nicht möglich)	
betrifft	Zeit	
Tag / Datum:	von	bis

anderer Kontakt:

zum Beispiel: Wochenendbesuch; Bewerbung, Referent, Handwerker, Techniker, Vertreter usw.

Ansprechperson in der SONNHALDE:

Aufenthaltsort Gebäude / Raum:

Name Vorname: **evt. Firma:**

Telefon: oder Email:@.....

betrifft **Zeit**

Tag(e) / Datum: **von** **bis:**

Gesundheitsfragebogen: bitte nicht geimpfte Bewerber Kopie Krankenkassenkarte mitbringen!

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, den Gesundheitsfragebogen korrekt beantwortet, die Verhaltensregeln verstanden zu haben.

Unterschrift
Besucher*in

Herzlichen Dank.

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