



SONNHALDE Gesundheitsschutz
Gesundheitsfragebogen / Verhaltensregeln

Gültig ab
12.07.2021

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



- 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 angemeldeter Besuch in der Cafeteria

Bewohner: angemeldeter Ausflug / Spaziergang Amtsperson, Beistände

ext. Termin, Musikunterricht, Coiffeur, Podologie

Regulärer Wochenend-Besuch (Fr-So; 2 Nächte)
(Angehörige müssen einmalig für Antrag Wochen Ende / Urlaub unterschreiben)

Bewohner-in
Name: **Abteilung:**

Anderer Besuchsgrund:

(Bewerbung, Probe-Arbeitstag, Referent, Handwerker, Techniker, Vertreter usw.)

Ansprechperson in der SONNHALDE:

Aufenthaltort Gebäude / Raum:

Name Besucher externe Person: Herr Frau Nur bei geschäftlichen Kontakten / Terminen!

Firma:

Telefon / Natel für Contact Tracing: **Email:**

betrifft **Zeit**

Tag / Datum: **von** **bis**

Gesundheitsfragebogen für Besucher / externe Personen:

Sind Sie **gegen COVID-19** vollständig **geimpft**? Ja Nein

Bei Ja müssen Sie die Fragen 1-3 nicht mehr ausfüllen

Bei Nein bitte die Fragen 1.-3. vollständig ausfüllen, Danke.

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie Fieber / Fiebergefühl, Muskelschmerzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie neu aufgetretener Verlust oder erhöhter Geruchs- Geschmackssinn | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter trockener Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Hatten Sie Kontakt zu Personen: positiv getestet; in Quarantäne, in Isolation? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Aufenthalt in einem vom BAG aktuell deklarierten Risikoland? | | |
| - Sind Sie im Zeitraum der letzten 14 Kalendertage aus einem Risikoland eingereist, oder haben Sie sich mehr als 24h in einem Risikoland aufgehalten? | | |
| - Aufenthalt von mehr als 24h und Einreise aus BAG Risikoland | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bei <input checked="" type="checkbox"/> JA, die 10 - tägige Quarantäne ist vorbei - ohne Symptome! | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Auswertung: wenn eine der Fragen 1. - 3. 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!