

BESUCHE IM SENIORENZENTRUM FALKENHOF

Wir bitten Sie folgende Selbstdeklaration über Ihren Gesundheitszustand vorzunehmen:

Haben Sie eins der folgenden Symptome?

- Halsschmerzen, Kratzen im Hals?
- Schnupfen, Husten?
- Gliederschmerzen?
- Fieber?

Hatten Sie innerhalb der letzten 48 Stunden eines der oben genannten Symptome?

- Ja nein

Hat jemand, mit dem Sie zusammenleben oder engen Kontakt haben, eines oben aufgeführte Symptome?

- Ja nein

Falls mindestens eine Frage mit «JA» beantwortet wird oder Zweifel an der Richtigkeit der Angaben bestehen, muss der Besuch zum Schutz der Bewohnenden verweigert werden.

Ich kenne die Besuchs- und Hygieneregeln und wende sie konsequent an. Bei Symptomen sehe ich von einem Besuch ab.

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, keine der aufgeführten Symptome zu haben oder in Kontakt zu Personen zu sein, die solche Symptome haben.

Meine Personalien:

Name / Vorname:

Adresse / Wohnort:

Telefon:

Besuchte Bewohnerin / Besuchte Bewohner:

Datum: _____

Unterschrift: _____