

Zutrittsvereinbarung zu Gebäuden des Gesundheitszentrums Federsee

(Für ambulante Patienten der Federseeklinik)

Sehr geehrte Damen und Herren,

besondere Zeiten, wie die aktuelle Corona-Pandemie, erfordern besondere Vorsichtsmaßnahmen. Uns liegt die Sicherheit der uns anvertrauten Patienten, Kunden, Gäste und Mitarbeiter*innen sehr am Herzen. Sie zu schützen ist unser großes Ziel. Wir möchten daher sicherstellen, dass **von außen** möglichst wenige Risiken mit in unsere Gebäude gebracht werden. Gleichzeitig ist bei der Größe des Gesundheitszentrums Federsee ein komplettes Abriegeln nicht möglich. Wir vertrauen auf Ihre Einsicht und Ihre Mitwirkung bei der Risikominimierung in unseren Einrichtungen.

Mit dieser Zutrittsvereinbarung erklären Sie verbindlich:

- im öffentlichen und klinischen Bereich zwingend eine Mund-Nasenschutz-Maske (MNS) zu tragen.
- den Mindestabstand von 1,5 Metern – auch im Außenbereich des Gesundheitszentrums – strikt einzuhalten.
- beim Zutritt umgehend eine Händedesinfektion vorzunehmen.
- bereits bei ersten Anzeichen von Fieber, Husten, Verlust des Geschmackssinns oder weiterer typischen Covid-19 Symptome den Bereich des Gesundheitszentrums möglichst nicht zu betreten. Hier ist besonders auf das Tragen der MNS zu achten.
- Alles zu unterlassen, was der Eindämmung der Corona-Pandemie zuwiderläuft.

Bad Buchau, den

Unterschrift

Fragebogen zur Risikoeinschätzung COVID-19

Liebe Patientinnen und Patienten,
liebe Begleitpersonen,

aufgrund des aktuellen Infektionsgeschehens
mit COVID-19 möchten wir Sie und unsere
Mitarbeiter bestmöglich schützen. Daher bitten
wir Sie um Ihre Unterstützung und um
Beantwortung der nachfolgenden Fragen.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!
Ihr Behandlungsteam des Gesundheitszentrums Federsee

Bitte kreuzen Sie an, bei Unsicherheiten bitte nichts ankreuzen:

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen engeren Kontakt zu einer Person, die Covid-19 positiv getestet wurde? Dazu gehören auch Personen aus demselben Haushalt.	Ja <input type="checkbox"/> am _____ (Datum)	Nein <input type="checkbox"/>
2. Waren Sie wegen des Kontakts zu einer Covid-19 positiv getesteten Person oder aufgrund des Verdachts bzw. einer bei Ihnen bestätigten Covid-19-Infektion in häuslicher Quarantäne und/oder einer medizinischen Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/> seit _____ (Datum)	Nein <input type="checkbox"/>
3. Haben Sie aktuell mind. eines der folgenden Symptome: Trockener Husten/Atembeschwerden oder Fieber mit Müdigkeit/Gliederschmerzen oder Verlust des Geschmacks- oder Geruchsinns oder akuten Durchfall?	Ja <input type="checkbox"/> seit _____ (Datum)	Nein <input type="checkbox"/>
4. Wurden Sie bereits mittels eines PCR-Tests oder mittels eines Antigen-Schnelltests auf den Covid-19 Virus untersucht?	Ja <input type="checkbox"/> am _____ : pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> am _____ : pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> am _____ : pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Wurde bei Ihnen ein Antikörper (AK)-Test auf eine mögliche, abgelaufene Covid-19-Infektion durchgeführt?	Ja <input type="checkbox"/> am _____ (Datum) <u>Ergebnis:</u> AK vorhanden <input type="checkbox"/> AK nicht vorhanden <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Sind Sie 2 x geimpft oder geboostert? Bitte Impfnachweis unbedingt schriftlich vorlegen oder zusenden	Ja <input type="checkbox"/> am _____ (Datum)	Nein <input type="checkbox"/>
7. Sind Sie genesen Wenn ja, bitte Vorlage des Schreibens	Ja <input type="checkbox"/> am _____ (Datum)	Nein <input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift: _____