

## Besuchsprotokoll

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Zeit:** \_\_\_\_\_

**Name Bewohner/ Bewohnerin Sunneziel Meggen** \_\_\_\_\_

Abteilung und

Zimmernummer: \_\_\_\_\_

**Name Besucher/ Besucherin** \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad zum Bewohner/ Bewohnerin \_\_\_\_\_

### Gesundheitszustand Besucher/ Besucherin:

	Ja	nein	Bemerkungen
Haben Sie Fieber? Fiebergefühl?			
Haben Sie Husten?			
Haben Sie Halsweh?			
Haben Sie Atemnot/ Kurzatmigkeit?			
Haben Sie Geschmacks-/ Geruchsstörungen?			
Haben Sie andere Grippe-symptome wie Kopfweh, Muskelschmerzen etc.?			
Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Kontakt mit einer Person mit Erkältungs-/Grippezeichen?			
Hatten Sie in den letzten 10 Tagen Kontakt zu einer isolierten oder Covid-19 positiv getesteten Person?			

### Instruktion/ Information:

Falls Sie in den nächsten 48 Stunden nach dem Besuch Auftreten der oben abgefragten Symptome haben, müssen Sie sich umgehend bei ihrem Hausarzt melden und sich testen lassen sowie dem Sunneziel Meggen die Erkrankung mitteilen. Ebenso werden wir Sie kontaktieren, wenn es im Sunneziel Meggen Covid-19 Erkrankungen gibt und wir Sie gemäss der Kontaktrückverfolgung informieren müssen.

- Hygienemaske wenn Abstand weniger als 2 Meter
- Händehygiene
- Niesregeln
- Kein Körperkontakt
- 2 Meter Abstand einhalten
- Besuchszeit 50 Minuten

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben wahr sind und dass Sie die Instruktionen verstanden haben und einhalten.

Vielen Dank, dass Sie mithelfen, das Ansteckungsrisiko und Übertragungsrisiko für alle zu minimieren.

Unterschrift Besucher: \_\_\_\_\_