

BESUCHERSELBSTAUSKUNFT

SARS-Cov-2 und Verpflichtungserklärung



HERZ-NEURO-ZENTRUM
BODENSEE

Sehr geehrte Besucherinnen und Besucher,

Gemäss «**Entscheid des Departements für Finanzen und Soziales des Kanton Thurgau**» vom 22. Mai 2020 müssen wir als Voraussetzung für Ihren Besuch sicherstellen, dass Sie keine Symptome für eine COVID-19 Erkrankung aufweisen. Bitte beantworten Sie hierzu die folgenden Fragen.

Besucherin/Besucher:

Name: _____

Vorname: _____

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Waren Sie in den letzten vier Wochen vor dem heutigen Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert? Oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Besuch Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen vor dem Besuch mit SARS-CoV-2 infiziert war, oder bei der in dem Zeitraum ein nicht widerlegter Verdacht auf eine solche Infektion bestanden hat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet gem. BAG aufgehalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (>37,5° Celsius)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie neu aufgetretene Geschmacks- oder Geruchsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- oder Gliederschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sofern eine dieser Fragen mit JA zu beantworten ist, **ist ein Besuch untersagt.**

Als Besucherin/Besucher **verpflichte ich mich,**

- mich ausschließlich zu Besuchszwecken bei benannter Patientin/beim benannten Patienten im Patientenzimmer oder in einem ausgewiesenen Besucherbereich aufzuhalten.
- während des gesamten Besuchs einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen, einen Mindestabstand von 2m Metern zu wahren und die Regeln der Händedesinfektion einzuhalten.

Unterschrift Besucherin/Besucher



Besuch gestattet, Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter

Informationen zum Patienten:

Patient/in: _____ Geburtsdatum: _____
Vor- und Nachname

Station: _____ Besuchsdatum: _____

Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht!



Risikogebiete BAG