

Erfassungskarte Externe

Sehr geehrte Gäste,

wenn Sie das Altenheims Stift St. Veit betreten wollen, müssen wir uns aufgrund des geltenden Zugangsverbotes für Alten-/Pflegeheime davon überzeugen, dass in Ihrem Fall das Betretung zulässig ist.

Wir benötigen daher folgende Angaben von Ihnen:

Datum / Uhrzeit des Besuchs:

Name, Vorname des Gastes

Adresse Gast:

Telefonnummer Gast:

Name des besuchten Bewohners:

Angehörigenverhältnis:

Anlass des Besuches:

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer mit Covid-19 infizierten Person?
Ja Nein wer:

2. Hielten Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Bereich auf, in dem Covid-19 – infizierte Personen versorgt wurden (Reha, Krankenhaus, ...)?
Ja Nein wo:

3. Hielten Sie sich in den letzten 14 Tagen in einer Gruppe / Veranstaltung / ... auf, in der ein Covid-19 Fall nachgewiesen wurde?
Ja Nein wo:

4. Leiden Sie an Verlust ihres Geruch- oder Geschmacksinnes?
Ja Nein seit:

5. Haben Sie Symptome einer respiratorischen Erkrankung?
Z.B.

Pfad / Titel:	S:\Qualitätsmanagement\QM Handbuch\Kapitel 5 Sicherheit\Pandemie\Gästeerfassung\Erfassungskarte Gäste IV.docx				
Freigegeben von:	<input checked="" type="checkbox"/> GF	<input type="checkbox"/> HL	<input type="checkbox"/> PDL	<input type="checkbox"/> HWL	<input type="checkbox"/> QMB
Gültig für:	<input checked="" type="checkbox"/> übergreifend	<input type="checkbox"/> Verwaltung	<input type="checkbox"/> Pflege	<input type="checkbox"/> soz. Betreuung	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaft
Gültig ab:	20.05.2020		Gültig bis:		
Version:	1.4		Erstellt am:	20.05.2020	
Prozessverantwortlicher:	Fr. Wimmer		Seite	1 von 2	

ALTENHEIM STIFT ST. VEIT gGmbH

- | | | | |
|-------------------------------|--------|----------|-------------|
| - Husten | Ja [] | Nein [] | seit: |
| - Halsschmerzen | Ja [] | Nein [] | seit: |
| a. Fieber | Ja [] | Nein [] | seit: |
| b. Schüttelfrost | Ja [] | Nein [] | seit: |
| c. Kopf- und Gliederschmerzen | Ja [] | Nein [] | seit: |
| d. Schnupfen | Ja [] | Nein [] | seit: |
| e. | Ja [] | Nein [] | seit: |

6. Messung von Körperzuständen

- Temperatur: Grad
- Datum / Uhrzeit:

7. Ich wurde darauf hingewiesen, dass folgende Schutzmaßnahmen bedingungslos einzuhalten sind:

- Einhalten der Husten- und Nieshygiene
d.h. in Armbeuge husten / niesen
- Mindestabstand 1,5 m ohne Körperkontakt zu allen Personen
d.h. besuchter Bewohner, alle anderen Bewohner, alle Mitarbeiter, alle andere Gäste
- Dauerhaftes Tragen von Mund-Nasen-Schutz
bei Besucher und Bewohner
- Händedesinfektion
vor und nach dem Besuch
- PSA
bei notwendigem direktem Kontakt zu Bewohner (z.B. Ärzte, Rettungssanitäter, Palliativ-Fachkraft, Wundmanagerin ...)
- Ich wurde darauf hingewiesen, dass es in meiner eigenen Verantwortung steht, bei allen Bewohnern die genannten Schutzmaßnahmen eigenverantwortlich zu gewährleisten, da nicht alle Bewohner selber dazu in der Lage sind (z.B. demenzielle Erkrankung) und/oder diese überschreiten.

Ich bin mir bewusst, dass die obigen Angaben wahrheitsgetreu sein müssen. Schäden, die dem Altenheim Stift St. Veit und/oder seinen Bewohnern und Mitarbeitern durch falsche Angaben entstehen, können Schadensersatzforderungen nach sich ziehen.

.....
Datum

.....
Unterschrift Gast

Pfad / Titel:	S:\Qualitätsmanagement\QM Handbuch\Kapitel 5 Sicherheit\Pandemie\Gästeerfassung\Erfassungskarte Gäste IV.docx				
Freigegeben von:	<input checked="" type="checkbox"/> GF	<input type="checkbox"/> HL	<input type="checkbox"/> PDL	<input type="checkbox"/> HWL	<input type="checkbox"/> QMB
Gültig für:	<input checked="" type="checkbox"/> übergreifend	<input type="checkbox"/> Verwaltung	<input type="checkbox"/> Pflege	<input type="checkbox"/> soz. Betreuung	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaft
Gültig ab:	20.05.2020		Gültig bis:		
Version:	1.4		Erstellt am:	20.05.2020	
Prozessverantwortlicher:	Fr. Wimmer		Seite	2 von 2	