

Erfassungskarte Externe

Sehr geehrte Gäste,

Wir benötigen folgende Angaben von Ihnen:

Datum / Uhrzeit des Besuchs:

Name, Vorname des Gastes:

Adresse Gast:

.....

Telefonnummer Gast:

Name des besuchten Bewohners:

Anlass des Besuches:

1.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer mit Covid-19 infizierten Person?	Ja []	Nein []
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 []
3.	Hielten Sie sich in den letzten 14 Tagen in einer Gruppe / Veranstaltung / ... auf, in der ein Covid-19 Fall nachgewiesen wurde?	Ja []	Nein []
4.	Leiden Sie an Verlust ihres Geruch- oder Geschmacksinnes?	Ja []	Nein []
5.	Haben Sie folgende Symptome einer Erkrankung?		
-	Husten	Ja []	Nein []
-	Halsschmerzen	Ja []	Nein []
-	Fieber	Ja []	Nein []
-	Schüttelfrost	Ja []	Nein []
-	Kopf- und Gliederschmerzen	Ja []	Nein []
-	Schnupfen	Ja []	Nein []
-	Ja []	Nein []

Pfad / Titel:	S:\Qualitätsmanagement\QM Handbuch\Kapitel 5 Sicherheit\Pandemie\Gästeerfassung\Erfassungskarte Gäste VI.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	

6. Ich wurde darauf hingewiesen, dass folgende Schutzmaßnahmen bedingungslos einzuhalten sind:
- Vorlage einer negativen Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2:
 - PCR-Test – max. 72 Stunden alt
 - PoC – Antigen – Schnelltest – tagesaktuell
 - 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 FFP2-Maske
 - Händedesinfektion
vor und nach dem Besuch
 - PSA
bei notwendigem direktem Kontakt zu Bewohner (z.B. Ärzte, Rettungsanitäter, 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 VI.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	