

**REGISTRATION UND CHECKLISTE
für Besucherinnen und Besucher in der SIKNA**

A. PERSONALIEN

Bewohnerin / Bewohner

Name: _____ Vorname: _____ Zimmer-Nr.: _____

Besucherin / Besucher

Name: _____ Vorname: _____ Tel.Nr.: _____

B. VERHALTENSWEISUNGEN

Die SIKNA klärt die Besucherinnen und Besucher individuell über die Schutzmassnahmen des BAG und das Besucherkonzept der Institution auf. Zentral sind die folgenden Verhaltensanweisungen:

- Desinfektion der Hände
- Gebrauch eines Mundschutzes (**chirurgische** Maske)
- Verzicht auf Küsse, Umarmungen und Händeschütteln
- Abstand halten gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern und Mitarbeitenden
- Aufenthalt einzig in den von der SIKNA definierten Besucherzonen

C. GESUNDHEITZUSTAND BESUCHER/IN

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie eines der folgenden Symptome? | | |
| a) Husten (trocken) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Kurzatmigkeit (neu aufgetreten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Fieber, Fiebergefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Andere Symptome (grippeartig) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hatten Sie eines der oben beschriebenen Symptome innerhalb der letzten 48 Stunden? | | |
| <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | | |
| 3. Hat jemand, mit dem Sie zusammenleben oder engen Kontakt haben, eines der oben aufgeführten Symptome? | | |
| <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | | |

Falls mindestens eine Frage mit „JA“ beantwortet wird oder seitens der SIKNA Zweifel an der Richtigkeit der Angaben bestehen, darf die SIKNA den Besuch verweigern.

Sollten bei Ihnen bis zu 48 Std. nach dem Besuch in der SIKNA eines der oben aufgeführten Symptome auftreten, bitten wir Sie, uns zeitnah zu informieren.

D. LÖSCHUNG DER DATEN

Die Angaben unter den Buchstaben A und B werden nach 14 Tagen gelöscht, sofern bei der Bewohnerin oder dem Bewohner keine Krankheitssymptome auftreten.

E. SCHUTZMASKE

Während des ganzen Besuchs gilt für Besucher Maskentragpflicht. Dadurch ist für Besucher keine Konsumation in der Cafeteria möglich. Bewohnerinnen und Bewohner dürfen selbstverständlich wie gewohnt konsumieren.

Haben Sie eine **chirurgische** Maske (keine Hygiene- oder Stoffmasken) von Zuhause mitgebracht?

JA NEIN

Falls die Frage mit „NEIN“ beantwortet wird, kann eine **chirurgische** Maske zum Selbstkostenpreis von CHF 1.00 in der SIKNA gekauft werden.

F. RISIKOLÄNDER

Sind Sie in den letzten 10 Tagen aus dem Ausland zurückgekehrt?

JA NEIN

Falls ja, aus welchem Land?

G. UNTERSCHRIFT

Die Besucherin oder der Besucher bestätigt, die Fragen korrekt beantwortet zu haben, von der SIKNA über die Verhaltensanweisungen aufgeklärt worden zu sein und diese verstanden zu haben.

Weiter erklärt sich die Besucherin oder der Besucher bereit, die Verhaltensanweisungen jederzeit zu befolgen. Sie oder er ist sich bewusst, dass eine Missachtung die sofortige Beendigung des Besuchsrechts zur Folge hat.

Datum des Besuchs:

_____ Datum

Datum und Unterschrift Besucherin/Besucher:

_____ Datum

_____ Unterschrift

Datum und Unterschrift Vertretung SIKNA:

_____ Datum

_____ Unterschrift