

COVID-Tracking-Formular



KLINIK BETHESDA
Neurorehabilitation
Parkinson-Zentrum
Epileptologie

CH-3233 Tschugg BE
Tel. +41 (0)32 338 4 444
Fax +41 (0)32 338 4 010
www.klinik-bethesda.ch
Patientenaufnahme
Tel.+41 (0)32 338 4 138

Der Schutz von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden hat bei uns in der Klinik Bethesda **oberste Priorität**.

Wir bitten sie daher **vor** dem geplanten Besuch an der Loge einen Mund-Nasenschutz zu beziehen und diesen während des ganzen Aufenthalts in der Klinik korrekt (Mund und Nase sind abgedeckt) zu tragen.

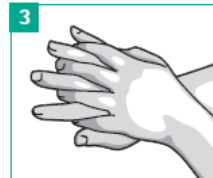
Führen sie **VOR** und **NACH** dem Patientenbesuch eine **gründliche** Händedesinfektion durch:



1 Desinfektionsmittel in die trockene Hohlhand geben



2 Handfläche gegen Handfläche reiben



3 Rechte Handfläche über linkem Handrücken und umgekehrt



4 Handfläche auf Handfläche mit verschränkten, gespreizte Fingern



5 Aussenseite der Finger auf gegenüberliegende Handflächen mit verschränkten Fingern



6 Kreisendes Reiben der Daumen in der geschlossenen Handfläche



7 Kreisendes Reiben der geschlossenen Fingerkuppen in der Handfläche, beidseitig



8 Nach 15 – 30 Sek. Einreiben sind Ihre Hände trocken und bereit zum Einsatz

Stellen Sie sicher, dass ein Abstand von 1.5 Metern zwischen 2 Personen eingehalten wird. **Bestätigen Sie**, dass Sie aktuell **KEINE** von den aufgeführten Symptomen/Beschwerden bei sich selber feststellen:

- Ich habe kein Fieber
- Ich habe kein Fiebergefühl
- Ich haben keinen Husten
- Ich habe keine Halsschmerzen
- Ich leide nicht an Kurzatmigkeit
- Ich habe keine anderen Zeichen eines Atemwegsinfekts
- Ich habe keinen plötzlichen Verlust von Geruchs- oder Geschmackssinn
- Ich hatte keinen engen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall in den letzten 14 Tagen

Welchen Patient/welche Patientin werden Sie besuchen? Gibt es einen anderen Grund für den Besuch in der Klinik?

Geben Sie uns bitte Ihren Vornamen, Nachnamen, das Datum des Besuches sowie Ihre Natel-Nr. an:

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Adresse: _____

Natel- Nummer (oder Fix-Anschluss): _____

Datum: _____ **Besuchszeit von:** _____ **bis:** _____

Mit diesen Massnahmen können wir einen guten Schutz vor einer COVID-Ansteckung bei uns in der Klinik gewährleisten. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.