

Checkliste Betreuer/-innen von Patienten/-innen (Anlage zum Befehl  
Betreuungsregelung von stationären Patienten/-innen vom  
30.10.2020

Version 1

Aufgrund der aktuellen Lage in der Pandemie sind wir angewiesen ein Screening vor Betreten des Krankenhauses durchzuführen und Ihren Namen, die Adresse oder Telefonnummer, Beginn und Ende Ihres Besuches sowie die betreute Person zu dokumentieren und vier Wochen lang aufzubewahren um ggf. Infektionsketten nachverfolgen zu können. **Zugelassen ist eine tägliche 60 min Betreuung von einer definierten Person pro Patient/in.** Dazu bitten wir folgende Information durchzulesen und im Anschluss die Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Sollten sich hierbei Punkte ergeben, die der Verordnung des Landes Baden-Württemberg widersprechen, müssten wir ihnen bedauerlicherweise den Zutritt verwehren.

Auf folgende besondere Verhaltensregeln müssen wir Sie hinweisen:

- 1.) Vor Betreten des Hauses und des Patientenzimmers ist eine Händedesinfektion durchzuführen.
- 2.) Alle Betreuenden müssen eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen.
- 3.) Es muss ein Mindestabstand von 1,5m zu allen Personen eingehalten werden, Ausnahmen nur gemäß Rücksprache unseres Personals.
- 4.) Den Anweisungen unseres Personals zu weiteren Schutzmaßnahmen ist in allen Fällen Folge zu leisten.
- 5.) Die Betreuung und damit auch der Aufenthalt des Betreuenden hat im Patientenzimmer statt zu finden.

Wenn der Betreuung durch Sie keine Gründe entgegenstehen, werden die wichtigsten Daten erfasst. Diesen Bogen erhalten Sie zurück. Dieser ist der einmalige Eintrittsschein am Haupteingang. Dort händigen Sie bitte diesen Bogen dem Personal aus. Sie erhalten diesen nicht zurück. Im Anschluss melden Sie sich auf der Station, wo die Betreuung stattfinden soll. Der Bogen wird nach 4 Wochen vernichtet.

Wir wünschen Ihnen Alles Gute und Danken für Ihr Verständnis.

Ich habe die oben aufgeführten Regelungen verstanden und akzeptiere diese. Die Datenschutzhinweise wurden mir ausgehändigt und mit der Erhebung meiner Daten bin ich einverstanden.

.....  
Datum, Unterschrift Betreuer/in

**Von der Dienststelle auszufüllen:**

<b>Betreuung Beginn (Datum, Uhrzeit):</b>	.....	<input type="checkbox"/> Temp. < 38°C
<b>Betreuung Ende (Datum, Uhrzeit):</b>	.....	<input type="checkbox"/> Temp. >= 38°C

Checkliste Betreuer/-innen von Patienten/-innen (Anlage zum Befehl  
Betreuungsregelung von stationären Patienten/-innen vom  
30.10.2020

Version 1

<u>Daten Betreuer/in</u>	
Vor- und Nachname:	.....
Adresse:	..... .....
Telefonnummer:	.....
<u>Daten betreute/-r Patient/-in:</u>	
Vor- und Nachname:	.....
Station/ FU-Stelle:	.....

Haben Sie aktuell oder hatten sie in den letzten 2 Wochen Fieber (Temp. über 38°C) oder Erkältungssymptome wie Husten, Schnupfen, Halsschmerzen oder andere Symptome?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Waren Sie in den letzten 4 Wochen mit SARS-CoV-2 infiziert oder standen sie unter Verdacht an SARS-CoV-2 infiziert zu sein, ohne dass der Verdacht widerlegt wurde?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Person, die mit SARS-CoV-2 infiziert war/ist?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Person, bei der der Verdacht bestand oder besteht mit SARS-Cov-2 infiziert zu sein, ohne dass der Verdacht widerlegt wurde?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde in den letzten zwei Wochen das außereuropäische Ausland oder ein internationales Risikogebiet bereist?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein