

## **Selbstdeklaration zum Verlassen des Areals von Bewohnern des Pflegezentrum Forchs**

**Wenn das Areal selbstständig oder in Begleitung von Angehörigen verlassen wird, muss diese Verpflichtung zum Schutz der restlichen Bewohnenden unterzeichnet werden.**

Name der Bewohnerin / des Bewohners: \_\_\_\_\_

Ggf. Name des Angehörigen: \_\_\_\_\_

Ggf. Telefonnummer des Angehörigen: \_\_\_\_\_

Diese Verpflichtung stützt sich auf die Anordnungen der Gesundheitsdirektion des Kanton Zürich vom 2. Juni 2020.

Wenn Sie als Bewohner das Areal des Alterszentrums verlassen, gelten folgende Bedingungen:

- **Melden** Sie die Abwesenheit vorgängig dem Wohnbereich
- Halten Sie sich an die Schutzmassnahmen: **Abstand von 1.5m einhalten** und die **Händehygiene**
- **Tragen Sie stets eine Maske** und **Händedesinfektion** bei sich, um sich bei Bedarf zu schützen
- **Verzichten Sie auf Berührungen von Mitmenschen**
- Meiden Sie unbedingt Menschenansammlungen, Geschäfte, Restaurants und den öffentlichen Verkehr
- Desinfizieren Sie bei Rückkehr am Eingang des Pflegezentrums die **Hände** und waschen Sie sie im Zimmer gründlich mit Seife
- Falls die Abstands- oder Hygienemassnahmen nicht eingehalten werden können gilt im Pflegezentrum für den Bewohner nach Rückkehr eine Maskenpflicht von 10 Tagen

Ich als Angehöriger erkläre hiermit, dass ich:

1. Nicht COVID-19-Virus positiv getestet worden bin und mich auch nicht in Quarantäne befinde wegen Kontakt mit einer Verdachtsperson
2. Keines der COVID-19-typischen Symptome habe wie Erkältungskrankheit mit Fieber oder Halsschmerzen oder Husten oder Atemproblemen oder Geschmacks- und Geruchsverlust.
3. Ich die BAG -Empfehlungen für Risikogruppen umsetze und mich generell an die Hygienerichtlinien des BAG halte:
  - a. die Händehygiene umsetze
  - b. die Abstandsregel umsetze oder einen Mundschutz trage, falls dies nicht möglich ist

Datum:

Unterschrift Bewohner

Unterschrift Angehörige

\_\_\_\_\_