



BARMHERZIGE BRÜDER
PFLEGEN BETREUEN WOHNEN
KRITZENDORF

Gesundheitsprüfung für Angehörige von

.....
Name Bewohnerin/Bewohner - in Blockbuchstaben

Der Schutz unserer BewohnerInnen und der MitarbeiterInnen steht nach wie vor an oberster Stelle. Die Einhaltung aller Schutzmaßnahmen ist daher unbedingt erforderlich. Wir ersuchen Sie daher, die nachstehend angeführten Punkte durchzulesen und mit ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Hiermit bestätige ich,.....
Name Angehöriger - in Blockbuchstaben

dass keine im gemeinsamen Haushalt lebende Person in den letzten 5 Tagen eines der folgenden Symptome hatte:

- Fieber (mehr als 37,3° bei Messung im Achselbereich bzw. mehr als 37,6° bei Messung im Ohr)
- Plötzlich auftretende Halsschmerzen ohne ersichtliche Ursache
- Plötzlich auftretende Kurzatmigkeit oder Atemnot ohne ersichtliche Ursache
- Plötzlich auftretender Husten ohne ersichtliche Ursache
- Plötzlich auftretender Verlust des Geruchssinnes ohne ersichtliche Ursache
- Erbrechen bzw. Durchfall

Ich bestätige, dass keine der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen innerhalb der letzten 14 Tage wissentlich Kontakt zu einer an Covid 19 erkrankten Person hatte.

Während des Aufenthalts zu Hause werde ich auf die allgemein gültigen Schutzmaßnahmen achten (Abstandsregel, Maske beim Einkaufen, etc...). Gesundheitliche Auffälligkeiten meines Angehörigen werde ich umgehend der Einrichtung mitteilen.

.....
Datum

.....
Unterschrift Angehöriger

Stand 01.10.2020

 Anerkannte Einrichtung nach den
Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien,
StoDt.wien | gefördert aus Mitteln der Stadt Wien.

 ARGE DER PENSIONISTEN- UND PFLEGEHEIME

Hauptstraße 20 | 3420 Kritzensdorf | Tel 0043 (0)2243 460 - 0 | Fax DW 9000
verwaltung@bbkritz.at | www.bbkritz.at
ATU 16291402 | BIC RZOOAT2L | IBAN AT29 3400 0000 0268 4124