



Aufenthalt ausserhalb der Residenz Neumünster Park

Selbstdeklaration für Bewohner/in und Begleitperson

Diese Selbstdeklaration stützt sich auf die aktualisierte 10. Anordnung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vom 1. April 2021

Ich möchte das Heimareal bewilligt verlassen oder meine Angehörige/meinen Angehörigen für ein bewilligtes Verlassen (Ausnahmebewilligung für Arztbesuche, spezielle Anlässe, Verlegung in ein anderes Heim oder ähnliches) am Eingang der Residenz Neumünster Park abholen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass nicht immune Bewohnerinnen und nicht immune Bewohner am fünften Tag nach dem externen Erstkontakt mit einem Schnell-Test zu testen sind.

Angaben zur/zum Bewohner/-in

Name, Vorname

Abteilung / Zimmer

Rückkehr (Datum, Zeit)

Kontaktdaten Begleitperson

Name, Vorname

Telefonnummer

Beziehung zum/zur
Bewohner/-in



Ich bestätige 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 (Atemwegserkrankung, Fieber, Halsschmerzen, Husten, Kurzatmigkeit, Verlust des Geschmacks- und Geruchssinns).
3. in den vergangenen 2 Wochen keinen Kontakt hatte mit Personen, die positiv auf COVID-19 getestet waren oder die die oben beschriebenen typischen COVID-19 Symptome zeigten.
4. mir bewusst bin, dass mein Angehöriger/meine Angehörige zur Hochrisikogruppe für die COVID-Erkrankung gehört und ich daher die BAG-Empfehlungen für Risikogruppen (Sicherheitsabstand einhalten, Maske tragen bei Abstand unter 1.5 Metern, Menschenansammlungen vermeiden) strikt umsetze.
5. mich generell an die Hygienerichtlinien des BAG und die Besuchsregeln der Residenz Neumünster Park halte:
 - a. die Händehygiene umsetze
 - b. Ich und mein Angehöriger die Schutzmaske tragen (da wir den Mindestabstand von 1.5 Meter nicht immer einhalten können)
 - c. kein Körperkontakt stattfindet (Ausnahme: Bei notwendigen Hilfestellungen)
6. Sollte ich mindestens einen der Punkte 1 – 6 nicht erfüllen, verzichte ich unverzüglich auf ein Treffen mit meinem Angehörigen/meiner Angehörigen.

Datum _____ Unterschrift Bewohner/in _____

Datum _____ Unterschrift Begleitperson _____