

Ihr Ansprechpartner
Ambulanzzentrum

Fon +49 (0) 7582 800-1991
Fax +49 (0) 7582 800-1992
E-Mail ambulanzzentrum@
federseeklinik.de

Ihre ambulanten Anwendungen
Ihre Check-Liste und Zutrittsvereinbarung VOR Anreise

Sehr geehrte Damen und Herren

wir freuen uns, Sie bald wieder in der Federseeklinik begrüßen zu dürfen und für Sie da zu sein.

Selbstverständlich beobachten auch wir aufmerksam die Entwicklung rund um das Corona Virus (COVID-19). Im Zentrum stehen für uns die Gesundheit und das Wohlbefinden unserer Patienten und Mitarbeitern.

Füllen Sie den beiliegenden COVID-19-Fragebogen aus und lesen die Zutrittsvereinbarung aufmerksam durch. Des Weiteren lassen Sie uns beide Formulare vorab per Fax, per Email oder auch per Post zukommen. Erst dann können wir mit der Verplanung Ihrer Termine starten.

Wie Sie es von anderen Krankenhäusern und Kliniken gewohnt sind, gilt auch in der Federseeklinik die Pflicht zum Tragen von Mund- und Nasenschutz. **Dazu gehören ausschließlich FFP2-Masken, OP-Masken oder ein Atemschutz mit vergleichbarem Standard.** Bitte beachten Sie, dass aufgrund der aktuellen Maßnahmen von Bund und Ländern Stoffmasken oder ein Schal nicht mehr ausreichend sind.

Bitte begeben Sie sich bei Ihrem ersten Besuch direkt an das Ambulanzzentrum zur Patientenaufnahme. Planen Sie dafür etwas Zeit vor Ihrem eigentlichen Behandlungstermin ein.

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team des Ambulanzentrums der Federseeklinik
Gesundheitszentrum Federsee

Zutrittsvereinbarung zu Gebäuden des Gesundheitszentrums Federsee

(Schlossklinik, Federseeklinik, Kurzentrum, Adelindis Therme etc.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

besondere Zeiten wie die aktuelle Corona-Pandemie erfordern besondere Vorsichtsmaßnahmen. Uns liegt die Sicherheit der uns anvertrauten Patienten, Kunden und Gäste sehr am Herzen. Sie zu schützen ist unser großes Ziel. Wir möchten daher sicherstellen, dass **von außen** möglichst wenige Risiken mit in unsere Gebäude gebracht werden. Gleichzeitig ist bei der Größe des Gesundheitszentrums Federsee ein komplettes Abriegeln nicht möglich. Wir vertrauen auf Ihre Einsicht und Ihre Mitwirkung bei der Risikominimierung in unseren Einrichtungen.

Mit dieser Zutrittsvereinbarung erklären Sie verbindlich:

- Im öffentlichen und klinischen Bereich zwingend eine Mund-Nasenschutz-Maske (MNS) zu tragen.
- Den Mindestabstand von 1,5 Metern – auch im Außenbereich des Gesundheitszentrums – strikt einzuhalten.
- Beim Zutritt umgehend eine Händedesinfektion vorzunehmen.
- Bereits bei ersten Anzeichen von Fieber, Husten, Verlust des Geschmackssinns oder weiterer typischen Covid-19 Symptome den Bereich des Gesundheitszentrums möglichst nicht zu betreten bzw. umgehend den behandelnden Arzt oder die Pflegestation aufzusuchen. Hier ist besonders auf das Tragen der MNS zu achten.
- Keine „fremden“ Personen (Besucher, Gäste etc.) unangemeldet mit in das Gesundheitszentrum zu nehmen. Besucher und Gäste sind zwingend am Service Center oder Empfang anzumelden, sofern die Coronaverordnungen und das Gesundheitszentrum den Besuch zulassen.
- Alles zu unterlassen, was der Eindämmung der Corona-Pandemie zuwiderläuft.

Bad Buchau, den _____

Vorname, Name

Straße Hausnummer

PLZ, Ort

Fragebogen zur Risikoeinschätzung COVID-19

Liebe Patientinnen und Patienten,
 liebe Begleitpersonen,

aufgrund des aktuellen Infektionsgeschehens mit COVID-19 möchten wir Sie und unsere Mitarbeiter bestmöglich schützen. Daher bitten wir Sie um Ihre Unterstützung und um Beantwortung der nachfolgenden Fragen.

 Vorname, Name

 Straße Hausnummer

 PLZ, Ort

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!
 Ihr Behandlungsteam des Gesundheitszentrums Federsee

Bitte kreuzen Sie an, bei Unsicherheiten bitte nichts ankreuzen:

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen engeren Kontakt zu einer Person, die Covid-19 positiv getestet wurde? Dazu gehören auch Personen aus demselben Haushalt.	Ja <input type="checkbox"/> am _____ (Datum)	Nein <input type="checkbox"/>
2. Waren Sie wegen des Kontakts zu einer Covid-19 positiv getesteten Person oder aufgrund des Verdachts bzw. einer bei Ihnen bestätigten Covid-19-Infektion in häuslicher Quarantäne und/oder einer medizinischen Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/> seit _____ (Datum)	Nein <input type="checkbox"/>
3. Haben Sie aktuell mind. eines der folgenden Symptome: Trockener Husten/Atembeschwerden oder Fieber mit Müdigkeit/Gliederschmerzen oder Verlust des Geschmacks- oder Geruchsinns oder akuten Durchfall?	Ja <input type="checkbox"/> seit _____ (Datum)	Nein <input type="checkbox"/>
4. Wurden Sie bereits mittels eines PCR-Tests oder mittels eines Antigen-Schnelltests auf den Covid-19 Virus untersucht?	Ja <input type="checkbox"/> am _____ : pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> am _____ : pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> am _____ : pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Wurde bei Ihnen ein Antikörper (AK)-Test auf eine mögliche, abgelaufene Covid-19-Infektion durchgeführt?	Ja <input type="checkbox"/> am _____ (Datum) <u>Ergebnis:</u> AK vorhanden <input type="checkbox"/> AK nicht vorhanden <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Weitere Anmerkungen:		

Datum, Unterschrift: _____