

Einwilligungserklärung zur Begleitung in Zeiten von Corona

Name Hospizdienst _____

Ich (Herr / Frau) _____

wünsche die hospizliche Begleitung (oder ggf. die Trauerbegleitung) durch den o.g. Hospizdienst

Ich (Herr/Frau)

(gesetzlicher Vertreter/in, Bevollmächtigte/r, Zugehörige/r)

wünsche für _____

die hospizliche Begleitung (oder die Trauerbegleitung) durch den Hospizdienst ab dem _____

Mir ist bewusst, dass die Begleitungssituation aufgrund der Corona-Pandemie besondere Rahmenbedingungen erfordert. Entsprechend bin ich in dem Erstgespräch

mit _____ (Koordinationskraft des Hospizdienstes)

über die Gestaltung der Begleitung sowie über die notwendigen Hygienemaßnahmen des Robert-Koch-Institutes informiert worden.

Ich Sorge dafür, dass ich bzw. anwesende Zugehörige die Hygienevorschriften einhalten, um die ehrenamtlichen Begleiterinnen und Begleiter sowie mich selbst nicht zu gefährden. Diese Vorschriften beinhalten u.a. folgende Maßnahmen:

- Regelmäßiges Händewaschen mit Seife
- Einhalten des Sicherheitsabstandes von 1,5 Metern
- Einhalten der Hustenetikette (z.B. Husten, Niesen in die Armbeuge)
- möglichst wenig Personen in einem Raum
- regelmäßiges Lüften

Ich erwarte, dass diese Maßnahmen von der Begleiterin, dem Begleiter ebenso eingehalten werden, wenngleich mir bewusst ist, dass eine Übertragung des Virus nie ganz auszuschließen ist.

Ich erkläre, dass wissentlich weder ich noch Personen in meinem direkten Umfeld von COVID-19 betroffen sind. Sollte ich erfahren, dass sich an diesem Umstand etwas ändert, informiere ich umgehend den Hospizdienst.

Ort, Datum

Unterschrift begleitete Person

Ort, Datum

Unterschrift Bevollmächtigte/r, Angehörige/r

Erklärung der ehrenamtlichen Mitarbeiterin, des ehrenamtlichen Mitarbeiters

Ich _____ erkläre mich bereit,

Herrn/Frau _____

Adresse _____

im Auftrag des Ambulanten Hospizdienstes _____
zu begleiten.

Ich wurde auf die Risiken einer Infektion mit Sars-CoV-2 hingewiesen und in die notwendigen Hygienemaßnahmen eingewiesen.

Im Rahmen meiner Begleitung werde ich

- einen Mund-Nasen-Schutz tragen,
- zusätzlich Handschuhe und Kittel o.ä. tragen, wenn direkter Kontakt nicht zu vermeiden ist,
- regelmäßig die Hände mit Seife waschen und/ oder Händedesinfektion durchführen
- den Sicherheitsabstand von mindestens 1,5 m einhalten,
- wenn die Situation es erlaubt, Gespräche und Begleitungen außerhalb geschlossener Räume durchführen,
- dafür Sorge tragen, dass in geschlossenen Räumen gelüftet wird.

Ich erkläre, dass ich aktuell keines der nachfolgenden Symptome bei mir beobachte, die Anlass zum Verdacht einer COVID-19 Erkrankung geben: Fieber, Halsschmerzen und/ oder Schluckbeschwerden, Husten, Atemnot, Geschmacks- oder Geruchsverlust, allgemeine Abgeschlagenheit und/ oder Leistungsverlust, starker Schnupfen. Ich erkläre weiterhin, dass ich innerhalb der vergangenen 14 Tage vor dem ersten Besuchstermin, keinen wissentlichen Kontakt zu COVID-19 positiv getesteten Personen hatte.

Ich erkläre darüber hinaus, dass ich mich regelmäßig über die aktuellen Hygienevorschriften und -maßnahmen des Robert-Koch-Instituts informiere.

Sollte ich eines oder mehrere der o.g. Symptome nach oder während einer Begleitung bei mir wahrnehmen, werde ich dies umgehend der verantwortlichen Koordinatorin/dem Koordinator zur Kenntnis bringen und unmittelbar weitere Besuche unterlassen.

Ort, Datum

Ehrenamtliche/r Hospizmitarbeiter/in