

Information an alle Besucherinnen und Besucher unserer Psychiatrischen Institutsambulanzen, der Allgemeinmedizinischen Ambulanz und des MZEB während der Coronakrise

Im September 2020

Vorsichtsmaßnahmen wegen Corona

Liebe Besucherinnen und Besucher unserer Ambulanzen,

wir freuen uns, Ihnen mitteilen zu können, dass wir weiterhin Termine an Sie vergeben können.

Wie überall in der Öffentlichkeit üblich, gibt es weiterhin auch in unserer Ambulanz entsprechende Hygieneauflagen, die wir umsetzen müssen, damit wir Sie als unsere Besucherinnen und Besucher sowie unsere Patientinnen und Patienten und unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestmöglich schützen können. Wie bitten Sie daher, vor und während eines Ambulanzbesuches in der St. Lukas-Klinik Folgendes zu beachten:

- Bitte vereinbaren Sie telefonisch oder per E-Mail **einen Termin** mit unseren Mitarbeiterinnen der Ambulanz. Sie erreichen diese entweder telefonisch unter 07542/10-5302 bzw. 10-5303 oder per E-Mail: ambulanz@stiftung-liebenau.de.
- Die Übermittlung des Überweisungsscheines Ihres Hausarztes sollte per Post, Fax oder E-Mail **im Vorfeld** erfolgen. Eine Terminbestätigung erfolgt erst nach Eingang des Überweisungsscheins.
- Kommen Sie bitte pünktlich zu Ihrem Termin und begeben Sie sich **über den Haupteingang** der St. Lukas-Klinik **direkt zur Anmeldung in unsere Ambulanz**.
- Bitte beachten Sie:
Im gesamten Klinikbereich sowie den Ambulanzen und Therapieräumen besteht durchgängig die Verpflichtung, eine **Alltagsmaske über Mund und Nase** zu tragen. Bei Patientinnen und Patienten, die eine Maske nicht tolerieren können, bitten wir bei der telefonischen Anmeldung um eine kurze Rückmeldung.
- Wir bitten Sie, nach Möglichkeit nur mit **einer** Begleitperson zu Ihrem Termin zu kommen. Sollten mehrere Personen für die Ambulanzsprechstunde nötig sein, bitten wir, dies im Vorfeld mit unseren Mitarbeiterinnen der Ambulanz abzusprechen.

St. Lukas-Klinik

**Psychiatrische
Institutsambulanzen /
Allgemeinmedizinische
Ambulanz /
MZEB**

Tel.: +49 7542 10-5302
Fax: +49 7542 10-5333
E-Mail: ambulanz@stiftung-liebenau.de

Liebenau Kliniken gemeinnützige GmbH

Siggenweilerstraße 11
88074 Meckenbeuren
Tel.: +49 7542 10-5351
Fax: +49 7542 10-5333
kliniken@stiftung-liebenau.de
www.stiftung-liebenau.de

Geschäftsführung
Irmgard Möhrle-Schmäh

Amtsgericht
Ort Ulm HRB 631329
Sitz: Meckenbeuren
IK = 260 841 508
UST-IdNr. DE 205 870 338

Bankverbindung
Sparkasse Bodensee
IBAN: DE83 6905 0001
0020 1474 76
BIC: SOLADES1KNZ

- Ihre Therapeutin / Ihr Therapeut wird Ihnen vor der Behandlung ein **Kontaktformular** aushändigen. Wir bitten Sie, dieses vollständig auszufüllen und zurückzugeben.
- In vielen Bereichen unseres Hauses finden Sie Hände-Desinfektionsspender. Bitte **desinfizieren** Sie sich Ihre Hände, bevor Sie in die Ambulanz und dann zu Ihrem Termin gehen.

Uns ist bewusst, dass sich für Sie ein Ambulanzbesuch durch diese Maßnahmen deutlich verkompliziert. Dennoch hoffen wir auf Ihr Verständnis für diese Vorsichtsmaßnahmen in Zeiten von Corona.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Behandlungsteam der Ambulanzen

Kontaktformular für Besucher der St. Lukas Klinik

Zum Schutz Ihrer Gesundheit werden Sie gebeten, das vorliegende Formular auszufüllen. Ihre Angaben helfen den Gesundheitsbehörden, sich ggfs. mit Ihnen in Verbindung zu setzen. Bitte füllen Sie diesen Fragenbogen **vollständig** und **sorgfältig** aus. Ihre Angaben werden – nur im Falle einer COVID 19-Infektion in unserem Umfeld – an die zuständige Gesundheitsbehörde übermittelt und dort in Übereinstimmung mit den anwendbaren Gesetzen aufbewahrt und nur für Zwecke der öffentlichen Gesundheitsvorsorge verwendet. Wir unterliegen hierbei den Bestimmungen der Kirchlichen Datenschutzverordnungen (KDG und KDSGO). Ihre Daten werden nach der Erhebung für max. 4 Wochen aufbewahrt.

Sie sind: Arzt Besucher Lieferant Therapeut Patient
 Familienmitglied von (Name des / der Patient*in bzw. des / der Bewohner*in):

Sonstiges: _____

Datum des Kontakts: _____ Uhrzeit: von _____ bis _____

Ihr Nachname: _____

Nachname Begleitperson 1: _____

Ihr Vorname: _____

Vorname Begleitperson 1: _____

Ihre Telefonnummer: _____

Telefonnummer Begleitperson 1: _____

Ihre E-Mail-Adresse: _____

E-Mail-Adresse Begleitperson 1: _____

>>> Weitere Begleitpersonen bitte manuell auf der Rückseite notieren. Danke! →

Haben Sie derzeit:

Fieber

ja nein

Husten

ja nein

Kurzatmigkeit

ja nein

Halsschmerzen

ja nein

Kopfschmerzen

ja nein

Haben Sie andere Zeichen einer Infektion? Falls ja, welche:

Wenn Sie ein grippeähnliches Symptom in Ihrer Selbsteinschätzung mit ja ausgefüllt haben und/oder Kontakt zu Corona-Patient*innen (COVID 19-Fall) hatten bzw. sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet lt. RKI aufgehalten haben, **müssen wir Sie bitten, von Ihrem Zutritt abzusehen.**

(Die aktuell ausgewiesenen Risikogebiete finden Sie auf der Internet-Website des RKI unter → www.rki.de)

Sollten Sie in den nächsten Tagen Symptome an sich bemerken, bitten wir Sie, sich bei uns zu melden.

Ich bestätige / Wir bestätigen hiermit die Richtigkeit meiner / unserer Angaben:

Unterschrift/en