

# Merkblatt Heimfahrten

---

Im Zuge der Minimierung von Kontakten von BewohnerInnen und aufgrund vermehrter Anfragen seitens der gesetzlichen Vertretern/Angehörigen gelten bis auf weiteres nachfolgende Regelungen zu den Heimfahrten:

- Die Heimfahrten werden grundsätzlich nicht ausgesetzt oder untersagt, sondern unter besondere Rahmenbedingungen gestellt, um einerseits dem Wunsch/Bedürfnis/Recht der einzelnen Personen und zum anderen dem Präventionsschutz - auch weiterer Personen/Mitbewohnern - gerecht zu werden.
- Im Falle einer Heimfahrt sollen sich die Aufenthalte grundsätzlich bis zum 19.04.2020 erstrecken, um entsprechende Infektionsrisiken in der Einrichtung zu minimieren. Dies bedeutet: Die Angehörigen / gesetzlichen Vertreter müssen in Abstimmung mit den Einrichtungsleitungen für sich prüfen, ob und ab wann sie ihre Angehörigen nach Hause holen möchten - ab diesem Zeitpunkt müssen sie die Betreuung der Menschen mit Behinderung im häuslichen Umfeld sicherstellen können.
- In individuellen Härtefällen/besonderen Situationen – die eine frühere Rückkehr notwendig machen – können die Angehörigen auf die Einrichtungsleitung zukommen. In diesem Falle muss eine schriftliche und unterschriebene Bestätigung der Symptommfreiheit vorliegen (siehe Formular).
- Für Bewohner/innen, die bereits bei ihren Angehörigen zuhause sind und mit denen ein Rückkehrdatum bereits vereinbart ist, gilt diese Regelung nicht bzw. ist gesondert zu vereinbaren. Es muss aber auf jeden Fall eine schriftliche und unterschriebene Bestätigung der Symptommfreiheit vorliegen (siehe Formular).

Grundsätzlich – wie bereits kommuniziert gilt:

Sollte ein/e Angehörige/r in Ihrem Haushalt entsprechende Krankheitszeichen zeigen bzw. Kontakt zu einer infizierten Person gehabt haben, bitten wir Sie umgehend Kontakt mit jeweiligen Einrichtungsleitungen aufzunehmen, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

---

## Bestätigung des Gesundheitszustandes

**Dieses Formular ist anzuwenden, wenn ein Bewohner / eine Bewohnerin von der Familienheimfahrt wieder in die Einrichtung/Wohngruppe zurückkehren möchte**

Name des Bewohners / der Bewohnerin:

Einrichtung/Wohngruppe:

---

### Bitte bestätigen Sie unten aufgeführte Aussagen durch Ankreuzen:

Der Bewohner / die Bewohnerin hat sich in den letzten 14 Tagen nicht in einem vom Robert-Koch-Institut ausgewiesenen Risikogebiet aufgehalten.

Mir ist nicht bekannt, dass der Bewohner / die Bewohnerin Kontakt mit einer Person hatte, die in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet war.

Mir ist nicht bekannt, dass der Bewohner / die Bewohnerin Kontakt zu einer am COVID-19 (Corona-Virus) erkrankten Person hatte.

Der Bewohner / die Bewohnerin zeigt keinerlei Symptome auf, die auf eine COVID-19-Erkrankung (Corona-Virus) hindeuten. Diese sind u.a.:

- Fieber (Messung vor Abfahrt)
- Erkältungssymptome wie Husten, Schnupfen, Kopf- oder Halsschmerzen
- Kurzatmigkeit und Atemnot
- Muskel- und Gelenkschmerzen
- Müdigkeit oder Schläppheit
- Übelkeit oder Erbrechen
- Durchfall

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der o. g. Angaben:

---

Ort, Datum und Unterschrift Angehörige/r bzw. gesetzliche Vertretung