

## **SELBSTAUSKUNFT DER EHRENAMTLICHEN** **für den Einsatz in der Betreuungsgruppe Birkach**

*Ihre eigene Gesundheit sowie die unserer Mitmenschen steht an oberster Stelle. Daher bitten wir Sie, nach bestem Wissen und Gewissen zu überprüfen, ob und wie Sie sich in der Betreuungsgruppe engagieren möchten und ob Sie die Kriterien für ein sicheres Engagement erfüllen.*

### **Ich möchte**

- gerne weiterhin ehrenamtlich, bürgerschaftlich tätig sein
- momentan keinen physischen Kontakt zu den Gästen, engagiere mich aber gerne alternativ
- mich während der COVID 19 Pandemie nicht engagieren

### **Hiermit bestätige ich, dass ich**

- keine grippeähnlichen Symptome (erhöhte Temperatur, Fieber, Husten, Schnupfen, akute Gliederschmerzen) aufweise
- in keinem Kontakt zu einer mit COVID 19 infizierten Person stehe oder stand, besonders, wenn seit dem letzten Kontakt noch nicht 14 Tage vergangen sind
- in den letzten 2 Wochen kein offizielles Risikogebiet (s. aktuelle Infos des Auswärtiges Amt / des Gesundheitsamtes) bereist habe, das zu einer 2-wöchigen Quarantäne verpflichtet
- mir über etwaige Risiken für meine Gesundheit bewusst bin und damit eigenverantwortlich umgehe.

Ergeben sich Veränderungen zu meinen oben angegebenen persönlichen Verhältnissen, werde ich die Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. Tel: 0711 24 84 96 69 umgehend informieren.

Bei Erkältungssymptomen oder kritischen Kontakten (zu möglicherweise Infizierten), informiere ich den Träger und werde den Einsatz in der Betreuungsgruppe absagen.

### **Ich bestätige außerdem, dass ich**

- die zurzeit allgemein geltenden Hygieneregeln einhalte,
- das Gesundheitskonzept und die Schutz- und Hygieneregeln der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. | Selbsthilfe Demenz erhalten habe,
- vor meinem ersten Einsatz von der leitenden Fachkraft angeleitet und in die Abläufe eingewiesen wurde.

---

Ort, Datum Unterschrift der/des Ehrenamtlichen