



PATIENTENKLEBER

Spital:

- KSU
- KSN
- PZA

**Grund der Isolation:
Erreger:**

Isolationsform:

- Kontaktisolation
- Tröpfchenisolation
- Aerosolisolation
- Kontakt-/Tröpfchenisolation (Norovirus)
- _____

**Isolation verordnet durch:
Datum / Unterschrift:**

**Voraussichtliche Dauer:
Station / Zimmernummer:**

**Isolationsmassnahmen gemäss
Richtlinie eingeleitet.
Datum / Unterschrift:**

AUFHEBUNG DER ISOLATION

ISOLATION AUFGEHOBEN / BEGRÜNDUNG:

Datum / Unterschrift

Spital	Meldung bei Isolationsbeginn erfolgt an (Nachts und Wochenende nur schriftlich):	Meldung bei Isolationsende erfolgt an (Nachts und Wochenende nur schriftlich):
KSU	Spitalhygiene Tel. 5776 Hausdienst Tel. 2161	Spitalhygiene Tel. 5776 Hausdienst Tel. 2161
KSN	Spitalhygiene Tel. 5776 Hausdienst Tel. 6140	Spitalhygiene Tel. 5776 Hausdienst Tel. 6140
PZA	Spitalhygiene Tel. 5776 Hausdienst Tel. 8340	Spitalhygiene Tel. 5776 Hausdienst Tel. 8340

**Die Isolation muss durch den Kaderarzt angeordnet bzw. aufgehoben werden!
Ausgefüllte Formulare müssen in der Patienten-KG abgelegt werden**