



Regens Wagner Holnstein

Gesamtleitung:
Richard Theil

Regens-Wagner-Straße 10
92334 Berching
Telefon: 08460 18-0
Telefax: 08460 18-103
E-Mail:
rw-holnstein
@regens-wagner.de
Internet:
www.regens-wagner-holn-
stein.de

Ansprechpartner/in
Richard Theil

Durchwahl
08460 18-100

Dienste für
Menschen
mit Behinderung:
Wohnen
Pflege
Förderung
Arbeit
Beschäftigung
Freizeit
Therapie

Regens Wagner Holnstein · Regens-Wagner-Straße 10 · 92334 Berching

An die
gesetzlichen Betreuer
und
Angehörige
der Menschen bei Regens Wagner Holnstein

Datum 29.03.2021

Merkblatt Regelungen bei Heimfahrten unserer Klienten.

Sehr geehrte Betreuerinnen und Betreuer sehr geehrte Angehörige,

das Corona Virus hat die Welt immer noch in seinem Griff und beeinflusst unser aller Leben in einer Art und Weise wie wir es bisher noch nicht erlebt haben.

Nach Beratung durch die Gesundheitsbehörden zur Regelung von Heimfahrten müssen wir mitteilen, dass die Gefahr durch infizierte Rückkehrende eine Verbreitung des Virus innerhalb der Einrichtung als sehr hoch einzuschätzen ist.

Nach Abstimmung mit dem Beirat an der Einrichtung haben wir uns daher entschlossen, Heimfahrten grundsätzlich zu ermöglichen.

- Die zeitliche Dauer der Heimfahrt/ Abwesenheit ist nicht beschränkt.
- Bitte beachten Sie die allgemeinen Pandemieregeln, die für Ihren Aufenthaltsort in Abhängigkeit zur Inzidenzlage gelten
- Die Angehörigen, bei denen der Aufenthalt stattfinden wird, haben die Möglichkeit vorab einen PoC-Antigen Schnelltest im Regens Wagner Testzentrum kostenlos machen zu lassen.
- Die Rückkehr kann erfolgen, wenn zu diesem Zeitpunkt ein negativer PCR Test vorgelegt wird, der nicht älter als 48 Stunden ist und die aktuelle Antigen Schnelltestung durch die Einrichtung ebenfalls negativ ist.
- Danach ist eine Schutzisolation für 5 Folgetage im eigenen Zimmer notwendig. Am Ende der Schutzisolation muss erneut ein negativer Antigen Schnelltest vorliegen, bevor die Bewegungsfreiheit in der Einrichtung wieder möglich ist.

Wir bitten Sie als Gesetzliche Betreuer dringend mit Ihrem Betreuten zu beraten, ob eine Heimfahrt unter diesen Voraussetzungen möglich und sinnvoll ist.

Sollten Sie Die Heimfahrt erwägen, müssen Sie mit der Wohngruppe klären, ob die Schutzisolation für 5 Tage aus organisatorischer und pädagogischer Sicht möglich ist.

Uns ist bewusst, dass diese Regelungen für viele unserer Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige große Einschränkungen bedeuten. Daher sind wir stets bestrebt, mit Ihnen im Einzelfall nach individuellen Lösungen zu suchen. Ansprechpartner hierfür ist Herr Wolfgang Ott, stellvertretender Gesamtleiter unter Tel: 8460/18150 oder Mail: wolfgang.ott@regens-wagner.de

Aus organisatorischen Gründen können wir die Antigen-Schnelltestungen zur Wiederaufnahme grundsätzlich nur **montags im Zeitraum von 6:00 bis 13:00 in der Felschenke EG, Regens-Wagner-Straße 6, Holnstein durchführen**. Sollte dies für Sie nicht möglich sein, können Sie unter Tel 08460/18133 ggf. auch andere Termine vereinbaren.

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass während des Aufenthaltes im heimischen Umfeld keine der anwesenden Personen Symptome gezeigt hat und auch der Mensch mit Behinderung keine Krankheitssymptome hatte und der Mensch mit Behinderung symptomfrei in die Einrichtung zurückkehrt.

Sie verpflichten sich mit Ihrer Unterschrift umgehend die Mitarbeitenden der Wohngruppe bzw. die zuständige Bereichsleitung zu informieren, sollte nach der Rückkehr in den folgenden 14 Tagen eine Kontaktperson aus dem heimischen Umfeld Covid-19-Symptome bekommen bzw. positiv getestet werden.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Solidarität bei der Umsetzung. Im Hinblick auf die außergewöhnliche Situation hoffen wir durch diese Maßnahmen weiterhin zum Schutze unserer Bewohnerinnen und Bewohnern wie auch unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beizutragen.

Bitte geben Sie dieses ausgefüllte Merkblatt bei Rückkehr an die Mitarbeitenden der Wohngruppe zurück.

Name/n des/der Kontaktpersonen, die in der häuslichen Gemeinschaft leben:

Adresse: _____

Name des Menschen mit Behinderung: _____

Datum/Zeitraum des Aufenthaltes: _____

Unterschrift Angehörige/n