

Besucherregistrierung

bitte gut leserlich ausfüllen

Datum: _____ Uhrzeit: _____ bis _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Begleitendes Kind: _____

Name Patient/in: _____

Station: _____

Ich versichere, dass ich kein Fieber, keine Kopf-, Hals- oder Glieder-
schmerzen habe. Ich hatte in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt mit
einem an COVID-19 erkrankten Patienten.

Beim Besuch in der Klinik am Schlossgarten halte ich den Abstand
von 1,5 Metern zu anderen Personen ein und trage einen Mund- und
Nasenschutz.

Unterschrift

Besucherregistrierung

bitte gut leserlich ausfüllen

Datum: _____ Uhrzeit: _____ bis _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Begleitendes Kind: _____

Name Patient/in: _____

Station: _____

Ich versichere, dass ich kein Fieber, keine Kopf-, Hals- oder Glieder-
schmerzen habe. Ich hatte in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt mit
einem an COVID-19 erkrankten Patienten.

Beim Besuch in der Klinik am Schlossgarten halte ich den Abstand
von 1,5 Metern zu anderen Personen ein und trage einen Mund- und
Nasenschutz.

Unterschrift

