

Anmeldeformular / Besuchserlaubnis

für:

(Name des Patienten)

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Telefonnummer:

Anschrift:

Verwandtschaftsverhältnis:

Uhrzeit von:

bis:

Personen, die in den letzten 14 Tagen Anzeichen einer Atemwegserkrankung oder eines fieberhaften Infektes hatten, dürfen unsere Einrichtung auf keinen Fall betreten. Dies gilt auch für Personen, die in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer mit dem SARS-CoV-2-Virus infizierten und/oder an diesem Virus erkrankten Person gehabt haben.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Datum:

Unterschrift: