



## Besucherformular

(\* Pflichtangaben)

Name, Vorname (Patient\*in)\* \_\_\_\_\_

Besuchsdatum\* \_\_\_\_\_

Herr  Frau  Divers

Name\* \_\_\_\_\_

Vorname\* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.\* \_\_\_\_\_

PLZ/Ort\* \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Die FFP2 Maske muss verpflichtend während der gesamten Besuchszeit auch innerhalb des Patientenzimmers getragen werden. Es dürfen keine ungeschützten Kontakte entstehen.

Zutrittsberechtigung durch PCR-Test (Testergebnis nicht älter als 48 Stunden) oder PoC-Antigen-Test (Testergebnis nicht älter als 24 Stunden) nachgewiesen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Besucher \_\_\_\_\_

Unterschrift Mitarbeiter \_\_\_\_\_