



Besucherformular

(* Pflichtangaben)

Name, Vorname (Patient*in)* _____

Besuchsdatum* _____

Herr Frau Divers

Name* _____

Vorname* _____

Geburtsdatum* _____

Straße/Hausnr.* _____

PLZ/Ort* _____

Telefon _____

Hinweis: Der Besuch ist nur mit einer FFP2-Maske gestattet!

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 _____