

Besuchernachweis

Patientendaten:
Name: _____
Vorname: _____
Fallnr.: _____ Zimmer: _____

Besucherdaten:
Name, Vorname: _____
Adresse: _____ _____
Telefonnr.: _____

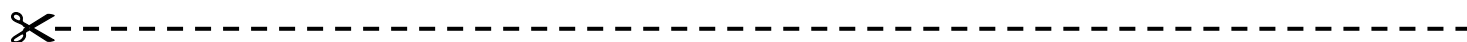
Hiermit bestätige ich, dass ich zum Zeitpunkt des Besuches unter keiner akuten Erkältungskrankheit bzw. Erkältungssymptomen leide, ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einem/r COVID-19-Erkrankten hatte und ich mich in den letzten 14 Tagen in keinem COVID-19-Risikogebiet laut Robert-Koch-Institut aufgehalten habe. (vgl.: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html)

Unterschrift Besucher/in _____

Wird von Krankenhaus-Mitarbeitern/innen ausgefüllt:

Besuchsdatum: _____ Besuchsbeginn: _____ Uhr Besuchsende: _____ Uhr

O₂-Sättigung: _____ % Temperatur: _____ ° C Handzeichen Mitarbeiter/in: _____



Besuchernachweis

Patientendaten:
Name: _____
Vorname: _____
Fallnr.: _____ Zimmer: _____

Besucherdaten:
Name, Vorname: _____
Adresse: _____ _____
Telefonnr.: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich zum Zeitpunkt des Besuchs unter keiner akuten Erkältungskrankheit bzw. Erkältungssymptomen leide, ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einem/r COVID-19-Erkrankten hatte und ich mich in den letzten 14 Tagen in keinem COVID-19-Risikogebiet laut Robert-Koch-Institut aufgehalten habe. (vgl.: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html)

Unterschrift Besucher/in _____

Wird von Krankenhaus-Mitarbeitern/innen ausgefüllt:

Besuchsdatum: _____ Besuchsbeginn: _____ Uhr Besuchsende: _____ Uhr

O₂-Sättigung: _____ % Temperatur: _____ ° C Handzeichen Mitarbeiter/in: _____