

!! Besuch von Covid-/Covidverdachts-Patienten ist nicht möglich !!

Besuch von Patient Nachname

 Vorname

Besuch auf Station

Nachname

Vorname

Telefonnummer

!! Bitte melden Sie sich vor Betreten des Patientenzimmers am Stationsstützpunkt !!

Als Besucher versichere ich hiermit, für den oben genannten zu besuchenden Patienten der heute einzige Besucher zu sein. Die geltenden Hygiene- und Verhaltensregeln sind mir bekannt und werden von mir eingehalten. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten 60 Tage aufbewahrt werden, um erforderlichenfalls die Nachverfolgung einer Infektionskette durch die Gesundheitsbehörden sicherstellen zu können.

Datum	Uhrzeit	Unterschrift Besucher