



BESUCHERREGISTRIERUNG

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass wir Sie umgehend des Hauses verweisen und Hausverbot aussprechen, wenn Ihre Angaben nicht der Wahrheit entsprechen. Bitte schreiben Sie leserlich. Vielen Dank!

- Ja Nein Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Covid-19-erkrankten Person?
- Ja Nein Hatten Sie in den letzten 14 Tagen grippeähnliche Symptome?
- Ja Nein Wurden Sie kürzlich auf COVID-19 getestet und steht bei Ihnen das Test-Ergebnis noch aus?

Datum + Uhrzeit	_____ . _____ 2020 _____ : _____ Uhr
-----------------	--------------------------------------

Angaben zum Patienten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	

Angaben des Besuchers

Name, Vorname	
Anschrift <small>Straße, Hausnummer PLZ, Ort</small>	
Telefon	
E-Mail	
Verhältnis zum Patienten	