

Besuch für: _____
Nachname, Vorname Patient/in (Druckbuchstaben) Geburtsdatum

Liebe Besucherin,
 lieber Besucher,

im Rahmen der notwendigen, vorgeschriebenen Dokumentationen füllen Sie bitte bei jedem Besuch der Institution dieses Formular aus und halten Sie sich bitte ausnahmslos an alle geltenden Hygienevorgaben!

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, nachfolgende Maßgaben verstanden zu haben und diese einzuhalten.

Ich versichere:

- mich an alle Vorgaben incl. der hauseigenen Hygieneordnung der Institution zu halten
- in den letzten 14 Tagen keinen wissentlichen Kontakt zu COVID-19 oder anderen mit Infektionskrankheiten (z.B. Influenza oder weitere) pos. getesteten Personen gehabt zu haben
- derzeit keinerlei typ. Erkältungssymptome zu haben (Halskratzen, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, erhöhte Temperatur, Abgeschlagenheit, Kopf- und Gliederschmerzen)
- bei nachträglichem Auftreten von Symptomen oder Kenntnis des Kontaktes zu pos. getesteten Personen (bis 14 Tage nach Besuch) umgehend die **Hygieneabteilung** der Schüchtermann-Klinik zu informieren

Nachname, Vorname Besucher/in (Druckbuchstaben)

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort (Druckbuchstaben)

Telefonnr.

Unterschrift

Datum	Unterschrift

Wird von der Klinik ausgefüllt:	
Uhrzeit von	Uhrzeit bis