



Anmeldebogen für Besucher:

Name Patient: _____

Besuchsbeginn: _____ Besuchsende: _____

Nachname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
Postleitzahl und Wohnort:	
Telefonnummer (Handy oder Festnetz):	

Hatten Sie Kontakt zu einer sicher COVID-19 (Corona) erkrankten Person?

Ja Nein

Liegt eine vollständige Impfung gegen COVID 19 vor?

Ja wenn ja, Datum der 1.Impfung _____ Datum 2. Impfung _____ Nein

Impfnachweis liegt vor? Ja Nein

Hatten Sie bereits eine ärztlich festgestellte COVID—19 (Corona)-Infektion?

Ja Nein

Haben Sie aktuell Symptome wie Fieber, Husten, Halsschmerzen, Schnupfen, Geschmacksverlust, Durchfall?

Ja Nein

Unterschrift Besucher: _____

Vom Krankenhauspersonal auszufüllen

Testnachweis:

PCR-Test/ AG Schnelltest:
(Testergebnis nicht älter 24 Std)

Ja

Geimpft:

Ja

Genesen:

Ja

Datum

Name

Unterschrift MA Pflege/Aufnahme