

# Besucherschein



Besucher	
Datum/ Uhrzeit	
Name	
Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	

Patient	
Station	
Name	
Vorname	

Bitte lesen Sie die aktuell geltenden Hygienevorschriften zu Covid-19 der BZgA aufmerksam durch und bestätigen die folgenden Punkte mit Ihrer Unterschrift:

1. Ich habe keine Symptome, die auf einen Infekt hinweisen.
2. Ich hatte keinen Kontakt zu positiv getesteten COVID-19 Personen oder Verdachtsfällen und komme nicht aus einem Risikogebiet gemäß RKI.
3. Die Hygienerichtlinien habe ich verstanden und halte diese ein.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift