

Besucherschein

Name und Adresse Besucher/in

Telefonnummer Besucher/in

Vor- und Nachname Patient/in

Station

Hiermit bestätige ich (Besucher/in), dass ich innerhalb der letzten 14 Tage frei von jeglichen Krankheitssymptomen bin.

Datum, Unterschrift Besucher/in

Besucherlaubnis gültig für **einen Besuch pro Tag** während des stationären Aufenthaltes der o.g. Patientin / des o.g. Patienten.

Besuchszeiten: täglich von 12:00 – 18:00 Uhr

Besuchsdauer: max. 1 Stunde

Bitte beachten Sie: Covid-19 Patienten dürfen nicht besucht werden.

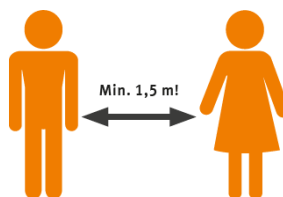
Wichtige Hinweise



Hände vor und nach Ihrem Besuch desinfizieren.



Mundschutz tragen.



Abstand halten.



Besuchsverbot bei Krankheitssymptomen, wie z.B. Fieber oder Atemwegserkrankungen