



**Bitte füllen Sie dieses Formular aus und händigen es den Mitarbeitern in unserer Eingangshalle aus.\***

Sehr geehrte Besucher,

wir bitten Sie, zum Schutz der Patienten unseres Hauses, das Formular auszufüllen. Sie leisten damit einen großen Beitrag zum Schutze Ihres Angehörigen und der Mitpatienten. Ein Zutritt in unser Haus ist nur mit FFP2 Maske möglich. Wir danken für Ihre Unterstützung.

Ihre Krankenhausbetriebsleitung

Name: _____	Zu besuchende(r) Patient*in: _____
Vorname: _____	_____
Adresse: _____	Station: _____
_____	Datum: _____
Telefon: _____	Uhrzeit: _____

Ein Besuch ist erlaubt, sofern einer der folgenden Punkte erfüllt ist und der Nachweis vorgezeigt wird:

Nach Covid-Erkrankung genesen  
(Nachweis pos. PCR Testergebnis, mindestens 28 Tage alt und nicht älter als 6 Monate)

Vollständig geimpft  
(Impfausweis mit Nachweis der 2. Impfung die mindestens 14 Tage zurück liegt)

Negativer Schnelltest < 48 Std.

Sie haben zum Zeitpunkt des Besuches keine der typischen Covid Symptomatik, wie Allgemeine Abgeschlagenheit und Müdigkeit, Fieber >38,5°C, Husten oder Luftnot, Kopf- oder Gliederschmerzen, Störung des Geschmacks- oder Geruchssinns, Durchfallerkrankung, Halsschmerzen.

---

**Unterschrift des Besuchers**