

Bitte füllen Sie alle Angaben zur besseren Lesbarkeit in Druckbuchstaben aus.

Nur so kann im Bedarfsfall die Kontaktnachverfolgung korrekt erfolgen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Datum:	
<u>Angaben zum Patienten</u> (Name; Vorname)	<u>Station:</u> <input type="checkbox"/> Allgemein Chirurgie (C1) <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie/Orthopädie (C2) <input type="checkbox"/> Innere Medizin I (I1) <input type="checkbox"/> Innere Medizin II (I2) <input type="checkbox"/> Geriatrie I <input type="checkbox"/> Geriatrie II <input type="checkbox"/> Intensivstation (ITS)
<u>Angaben zum Besucher</u>	
Name; Vorname: _____	
Straße; Postleitzahl; Ort: _____	
Telefonnummer: _____	
Covid 19 – Status: <input type="checkbox"/> genesen <input type="checkbox"/> kompletter Impfschutz >14 Tage <input type="checkbox"/> getestet <24h	
Besuchsbeginn:	Besuchsende: