

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 III <input type="checkbox"/> Intensivstation (ITS)
<u>Angaben zum Besucher</u>	
Name; Vorname:	
Straße; Postleitzahl; Ort:	
Telefonnummer:	
Diese Felder werden vom Krankenhaus ausgefüllt. Bitte nicht selbständig ausfüllen.	
Covid 19 – Status:	<input type="checkbox"/> genesen <input type="checkbox"/> kompletter Impfschutz >14 Tage <input type="checkbox"/> getestet <24h
Risikoabfrage:	Symptome <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besuchsbeginn:	Besuchsende: