



Kontaktdaten - Angehörige/Besucher(innen)

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Aufgesuchte(r) Bewohner(in) _____

Uhrzeit Besuchsbeginn _____

Uhrzeit Besuchsende _____

Leiden Sie derzeit an Symptomen, wie Fieber, Husten, Schnupfen, Kurzatmigkeit/Atemnot, Halsschmerzen etc.?

Ja

Nein

Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt zu Personen mit COVID-19?

Ja

Nein

Hygieneeinweisung durch Mitarbeiter/in der Einrichtung erhalten?

Ja

Nein

Datum, Unterschrift _____