

Kontaktdaten - Angehörige/Besucher:innen

Name, Vorname _____

Straße _____

Wohnort _____

Telefonnummer _____

Aufgesuchte(r) Bewohner:in _____

Uhrzeit Besuchsbeginn _____

Uhrzeit Besuchsende _____

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

- ja
- nein

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

- ja
- nein

Datum, Unterschrift _____

Information: Dieses Formular wird nach 4 Wochen durch uns vernichtet. Weitere Hinweise zur Verarbeitung Ihrer
personenbezogenen
Daten entnehmen Sie bitte von unserer Homepage: <https://www.sdn-pflege.de>