



Datenblatt für Besucherinnen und Besucher

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Besuch von Patientin/Patient: _____

Abteilung / Station: _____

Hatten Sie folgende Beschwerden in den letzten 14 Tagen: ja nein

- Fieber
- trockenen Husten
- Durchfall
- Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinnes?

Waren Sie in den vergangenen 14 Tagen im Ausland, wenn ja wo? ja nein

Unterschrift