

Kontaktformular (7.04.04_D89b)



Name des besuchten Bewohners _____

Angaben des Besuchenden (Druckbuchstaben):

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Zeitpunkt des Besuches: von: _____ bis: _____

Negatives Testergebnis (max. 24 Std.) eingesehen (HZ): _____

Hiermit bestätige ich, dass ich die *Regeln zum Hygienekonzept für Besuche* (Aushang) dieser Einrichtung gelesen und verstanden habe. Ich werde mich den Regeln entsprechend während meines Besuches verhalten.

Unterschrift: _____ Datum: _____

Stand 19.01.2022 BB

Kontaktformular (7.04.04_D89b)



Name des besuchten Bewohners _____

Angaben des Besuchenden (Druckbuchstaben):

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Zeitpunkt des Besuches: von: _____ bis: _____

Negatives Testergebnis (max. 24 Std.) eingesehen (HZ): _____

Hiermit bestätige ich, dass ich die *Regeln zum Hygienekonzept für Besuche* (Aushang) dieser Einrichtung gelesen und verstanden habe. Ich werde mich den Regeln entsprechend während meines Besuches verhalten.

Unterschrift: _____ Datum: _____

Stand 19.01.2022 BB