

PATIENT/IN

Besucher – Registrierung

Name (Besucher/in) _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefonnummer _____

Ich habe derzeit oder hatte in den letzten 14 Tagen folgende Symptome:

Fieber nein ja

Trockener Husten (mit oder ohne Kurzatmigkeit) nein ja

Plötzlicher Verlust des Geruchs- bzw. Geschmackssinnes nein ja

Ich bestätige, dass ich negativ auf SARS-CoV-2 getestet wurde (Antigentest nicht älter als 24 Stunden, PCR-Test nicht älter als 48 Stunden)

Hinweis: „Nasenbohrer“- bzw. andere Selbsttests werden nicht akzeptiert.

Falls eines oder mehrere der oben angeführten Symptome bei Ihnen zutreffen oder Sie keinen negativen Test vorweisen können, dürfen Sie das Sanatorium Kettenbrücke nicht betreten.

Bitte beachten Sie folgende Hygienemaßnahmen zu ihrem Schutz, zum Schutz ihrer Angehörigen und unserer MitarbeiterInnen auch im Patientenzimmer:

- Ausnahmsloses Tragen einer FFP2 Maske
- 2 Meter Abstand halten
- Händedesinfektion beim Betreten und Verlassen des Sanatorium

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben sowie die Kenntnisnahme der geltenden Hygienemaßnahmen.

Datum

Unterschrift