

Name, Vorname:		
Telefon:		
Datum, Uhrzeit:		
Besucher Patient (Name, Vorname)		
Ich habe :		
	JA	NEIN
Erkältungssymptome		
Eine SARS CoV 2 (Corona, COVID 19) Infektion		
Kontakt mit Corona-Infizierten		
Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinnes		
Eine aktuelle Anordnung erhalten und befinde mich derzeit in Quarantäne		

Ich habe die Hygieneregeln in der MEDICLIN Robert Janker Klinik zur Kenntnis genommen **und halte sie ein** (Schutzausstattung, Nieshygiene, Abstandsregelungen, Händedesinfektion).

Unterschrift

Name, Vorname:		
Telefon:		
Datum, Uhrzeit:		
Besucher Patient (Name, Vorname)		
Ich habe:		
	JA	NEIN
Erkältungssymptome		
Eine SARS CoV 2 (Corona, COVID 19) Infektion		
Kontakt mit Corona-Infizierten		
Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinnes		
Eine aktuelle Anordnung erhalten und befinde mich derzeit in Quarantäne		

Ich habe die Hygieneregeln in der MEDICLIN Robert Janker Klinik zur Kenntnis genommen **und halte sie ein** (Schutzausstattung, Nieshygiene, Abstandsregelungen, Händedesinfektion).

Unterschrift