

**Besucheranmeldung
Formular**

Besucher

Patient

Name	Vorname	Geb.-Dat.	Name	Vorname	Geb.-Dat.
_____ Straße					
_____ Ort					
_____ Telefon					

Haben Sie folgende Symptome (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Symptome

- Fieber >38,5°C
- Husten
- Atemnot
- Durchfall
- Geruchs-/Geschmacksstörung
- Kontaktperson (zu bestätigtem Corona-Infekt in den letzten 14 Tagen)

Besuchsdaten

Datum	Eintrittszeit	Austrittszeit	Symptome	Handzeichen

**Ich habe benannte Regelungen für meinen Besuch
im Krankenhaus Düren zur Kenntnis genommen.**

Düren

Datum

Unterschrift Besucher