



## Besucher Registrierung

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, keine Symptome einer Corona-Infektion zu haben und in den letzten 14 Tagen keinen wissentlichen Kontakt zu COVID-19-Erkrankten oder Kontaktpersonen zu COVID-19-Erkrankten gehabt zu haben. Ohne vollständige Angaben darf das Heim nicht betreten werden.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

T. Erbslöh, Vorstand

Datum:

---

Uhrzeit:

---

Name:

---

Vorname:

---

Adresse:

---

Telefonnummer:

---

Folgende Bewohner besucht:

---

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Diese Registrierung wird 3 Wochen nach dem Besuchstag vernichtet.



## Besucher Registrierung

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, keine Symptome einer Corona-Infektion zu haben und in den letzten 14 Tagen keinen wissentlichen Kontakt zu COVID-19-Erkrankten oder Kontaktpersonen zu COVID-19-Erkrankten gehabt zu haben. Ohne vollständige Angaben darf das Heim nicht betreten werden.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

T. Erbslöh, Vorstand

Datum:

---

Uhrzeit:

---

Name:

---

Vorname:

---

Adresse:

---

Telefonnummer:

---

Folgende Bewohner besucht:

---

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Diese Registrierung wird 3 Wochen nach dem Besuchstag vernichtet.