



Main-Kinzig-Kliniken

Besuchsberechtigung

Besucher

Nachname, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort: Telefonnummer:

Patient

Nachname, Vorname:

Besuchszeit

Datum und Uhrzeit bei Betreten des Krankenhauses:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. Ich bestätige weiterhin, dass ich sowohl das aushängende Informationsblatt zu den Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen als auch das Informationsblatt zum Datenschutz gelesen und zur Kenntnis genommen habe. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese auch befolgen.

Es steht Ihnen frei, Angaben auf diesem Formular bzw. eine Unterzeichnung dieses Formulars zu verweigern. In diesem Fall behalten wir uns vor, von unserem Hausrecht Gebrauch zu machen und Ihnen den Zutritt zu verwehren. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Sie dies bei jedem Besuch erneut fragen müssen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Besucher

Vor Ort getestet:
Datum

.....
Unterschrift Mitarbeiter