ASKLEPIOS
Klinik Weißenfels

Besuchsregistrierung

…… …….… ……...
Patientenname Station Datum / Uhrzeit

……..…
Besucher Name / Vorname

…….
Besucheradresse (PLZ, Stadt, Straße, Hausnummer)

<u>Art des vorgelegten Nachweises</u>
zum Schutz vor Covid-19-Ansteckung

☐ **Geimpft** Nachweis einer vollständigen Schutzimpfung

☐ **Getestet** Nachweis eines <u>tagesaktuellen</u> Antigentests

☐ **Genesen** Amtlicher Nachweis der vollständigen Genesung von einer Covid-19-Erkrankung

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass ich den angegebenen Nachweis vorgezeigt habe und aktuell unter keinerlei Krankheitssymptomen leide.

Weißenfels,

…… ……..……..…
Datum Unterschrift Besucher