



Besucher - Formular (Bitte ausgefüllt mitbringen)

Datum des Besuches: _____

Welche Person möchten Sie besuchen: _____

persönliche Daten des Besuchers

Vorname, Name _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ Ort _____

Telefon: _____

Ich bin:

geimpft

vollständig geimpft

Testergebnis

Positiv

Negativ

genesen bis: _____ Temperatur _____

Unterschrift des Besuchers