

**Sehr geehrte Patientin / Besucherin,
sehr geehrter Patient / Besucher,**

die Corona-Verordnung des Landes Niedersachsen sieht vor, dass in Krankenhäusern alle Besucher*innen registriert werden müssen. Aus diesem Grund bitten wir Sie, uns vor dem Betreten unseres Klinikums diese Selbstauskunft auszufüllen und zu unterschreiben.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ihre Kontaktdaten:

Frau Herr

Vorname

Nachname

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Ort

Telefonnummer

E-Mail

Folgende(n) Patient*in bzw. Abteilung möchte ich besuchen:

Vorname

Nachname

Station / Bereich / Abteilung

Besuchsgrund

Mit der folgenden Unterschrift bestätige ich, dass...

- ich aktuell **nicht** unter speziellen COVID-19-Symptomen wie Husten, Luftnot, Riech- und/oder Geschmacksverlust leide.
- ich in den vergangenen 14 Tagen **keinen** Kontakt zu einer COVID-19 positiv getesteten Person hatte und mich in diesem Zeitraum auch nicht in einem nationalen/internationalen [Risikogebiet](#) aufgehalten habe.
- ich derzeit **keine** Erkältungsbeschwerden, **kein** Fieber, **keinen** Durchfall habe.

Wolfsburg,

Ort / Datum

Ihre Unterschrift

Ankunft im Klinikum (Datum / Uhrzeit)

Klinikum verlassen (Datum / Uhrzeit)

Hinweis für BESUCHER stationärer Patient*innen

Bitte verlassen Sie das Klinikum spätestens bis 17.30 Uhr!