|  |  |
| --- | --- |
| Ad ve soyad: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Adress: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefonnumara:: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Hastanin AdI, Soyadi: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Istasyon: |  |  | Oda: |  |

Negatif bir korona testi var (maks. 48 saat eski).

Tam aşılamanın kanıtı mevcuttur (yani ikinci aşılama 2 haftadan daha önce yapılmıştır).

Sağlık departmanından kurtarma ve onay mevcuttur.

Kuarallara uyacagim, lütfen isaretleyin:

|  |  |
| --- | --- |
| Ziyaret esnasinda Maske takmak |  |
| Hastanin odasina girerken ve cikarken ellerimi desinfekte edecegim |  |
| **Maksimum** 2 saatlik ziyaret süresine uygunluk |  |
| **Hasta başına günde en fazla iki ziyaretçi** |  |
| Kisiler arasindaki 1,5 metre mesafeyi koruyacagim |  |

Bilgiler, Kuzey Ren-Vestfalya eyaletinin yeni koronavirüs SARS-CoV-2 enfeksiyonlarına karşı korunma yönetmeliği nedeniyle 24 Haziran 2021'den itibaren zorunludur ve 25 Haziran 2021'den itibaren geçerli olan versiyonda zorunludur ve kesinlikle gizlilikle ele alınır. Kanunen gerekliyse, verileriniz sorumlu sağlık departmanına iletilecektir.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarih: |  |  | Saat: |  |  |  |

Imza Zivaretci

□ Kimlik doğrulandı.

□ Ziyaret izni verildi. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imza RMK veya Securit