

## **Besucherblatt**

gem. VO des Sozialministeriums MV vom 09.05.20 zur Regelung von Besuchs-, Betretens- und Leistungseinschränkungen in Einrichtungen, Unterkünften, Diensten und Angeboten in den Rechtskreisen SGB IX, XI und XII

*bitte in Blockschrift ausfüllen!*

Bewohner/in: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Wohnbereich: \_\_\_\_\_

dauerhaft festgelegte Besuchsperson: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Kontaktdaten der Besuchsperson: \_\_\_\_\_  
Adresse Telefonnummer

Bestätigung der Unterweisung in die notwendigen Schutz- und Hygienemaßnahmen: \_\_\_\_\_  
*vgl. Anlage im Schreiben vom 14.05.2020* Datum Unterschrift der Besuchsperson

**Dieses Besucherblatt ist bei jedem Ihrer Angehörigenbesuche zwingend auszufüllen und dem Personal vor Kontaktaufnahme mit Ihrem Angehörigen zurückzugeben!**

Besuchstag / Datum	Erklärung Symptommfreiheit des Besuchers		Unterschrift der Besuchsperson
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	