

HASTA adı, soyadı

Ziyaret tarihi/saati

Bölüm

## Ziyaretçi bilgi formu – Hasta ziyareti

### Ziyaretçinin iletişim bilgileri

Ziyaretçinin adı, soyadı: \_\_\_\_\_

Ziyaretçinin telefon numarası: \_\_\_\_\_

Kimlik belgesi türü:

Pasaport

Nüfus cüzdanı

Ehliyet

İkamet kaydı belgesi

### Sağlık durumu kontrolü

Son 14 gün içinde ateşiniz veya örn. burun akıntısı, boğaz ağrısı, öksürük, balgam, nefes darlığı vb. gibi akut solunum yolu enfeksiyonu belirtileriniz oldu mu ya da koku ve/veya tat alma duyunuzda belirgin bir değişiklik fark ettiniz mi?

Evet

Hayır

Soruları "Evet" olarak yanıtladıysanız, hasta ziyareti gerçekleştirmeniz mümkün değildir.

Formu onaylayarak a) kişisel bilgilerimin, b) bugünkü tarih itibarıyla sağlık durumumun doğruluğunu ve c) geçerli hijyen kuralları ve ayrıca d) veri koruma yönergesi hakkında bilgilendirildiğimi onaylıyorum.

Tarih: \_\_. \_\_. \_\_

Ziyaretçinin imzası: \_\_\_\_\_  
veya ebeveynin imzası

Kabul personeli tarafından doldurulmalıdır:

### Negatif Korona testi | iyileşti | aşılandı belgesi

Ziyaretçi, kabul bölümüne aşağıdaki belgeyi ibraz etti:

En fazla 24 saatlik negatif (kalifiye) hızlı antijen testi veya PCR testi

Tam aşı koruması

İyileşti belgesi