

**Nachweiskontrolle der Testung auf SARS-CoV-2 gemäß Niedersächsischer Verordnung zum Schutz vor Neuinfektionen mit dem Corona-Virus**

<b>Patient/-in</b> Name, Vorname	
Geb.-Datum	
Station / Zimmer-Nummer	

**Hiermit bestätige ich, dass ich die Hygienevorschriften des Borromäus Hospitals Leer einhalte und getestet bin und den Nachweis unaufgefordert vorzeige.**

<b>Besucher/-in</b> Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Zeit – Besuch – Anfang	

getestet, am \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Besucher/in: \_\_\_\_\_

Diese Daten sind ausschließlich für die Zwecke des Infektionsschutzes aufzubewahren, dürfen zu keinem anderen Zwecke verwendet werden und sind spätestens 3 Wochen nach dem letzten Kontakt zu vernichten.

Autor: Stv. Pflegedirektor  
Stand: 05.04.2022

**Nachweiskontrolle der Testung auf SARS-CoV-2 gemäß Niedersächsischer Verordnung zum Schutz vor Neuinfektionen mit dem Corona-Virus**

<b>Patient/-in</b> Name, Vorname	
Geb.-Datum	
Station / Zimmer-Nummer	

**Hiermit bestätige ich, dass ich die Hygienevorschriften des Borromäus Hospitals Leer einhalte und getestet bin und den Nachweis unaufgefordert vorzeige.**

<b>Besucher/-in</b> Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Zeit – Besuch – Anfang	

getestet, am \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Besucher/in: \_\_\_\_\_

Diese Daten sind ausschließlich für die Zwecke des Infektionsschutzes aufzubewahren, dürfen zu keinem anderen Zwecke verwendet werden und sind spätestens 3 Wochen nach dem letzten Kontakt zu vernichten.

Autor: Stv. Pflegedirektor  
Stand: 05.04.2022