

## Besucheraufnahmebogen

Die Bewohnerin/ der Bewohner wird besucht:

\_\_\_\_\_

### Besucherdaten:

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Grund des Besuchs:

- Angehörigenbesuch
- Arztkontakt
- Medizinischer Dienst
- Externe Pflege (Wundmanagement, Logopädie, Fußpflege, Ergotherapie)
- Frisör
- Sonstiges \_\_\_\_\_
- Lieferant Firma: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Besuchszeit:

- |                                     |              |                |
|-------------------------------------|--------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Montag     | Datum: _____ | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dienstag   | Datum: _____ | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch   | Datum: _____ | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag | Datum: _____ | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Freitag    | Datum: _____ | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Samstag    | Datum: _____ | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonntag    | Datum: _____ | Uhrzeit: _____ |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt für Besucher gelesen und verstanden habe. Den Vorgaben und Anweisungen der Mitarbeiter werde ich Folge leisten.

Datum

Unterschrift

Besucher: \_\_\_\_\_

Einrichtungsleitung: \_\_\_\_\_