KLINIKUM OBERBERG

Bestätigung zur Vorlage bei den Teststellen des Klinikum Oberberg

Hiermit bestätige ich,

Frau / Herr _____ _____
Vorname *Nachname*

eine(n) in den Einrichtungen des Klinikum Oberberg stationär untergebrachte Patient(in) besuche. Ich versichere mit nachstehender Unterschrift die Richtigkeit meiner Aussage.

_____ _____, den ___.___.2022
Unterschrift *Ort* *Datum*