

Covid-19 – Erklärung für Besucher

Name, Vorname des Besuchers: _____

wohnhaft in (Straße, Hausnr. PLZ, Ort): _____

Telefonnr.: _____ E-Mail: _____

Besuchte Person: _____

Datum: _____ Besuch von: _____ Uhr bis _____ Uhr

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer mit Covid-19 positiv getesteten Person? ja nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen (z. B. in Urlaub) in einem Risikogebiet nach RKI*? ja nein

Liegen bei Ihnen folgende Krankheitssymptome vor, wie:

Fieber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schnupfen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Husten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemnot	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geschmacks- und Geruchsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durchfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben Sie Ihre Hände desinfiziert? ja nein

Falls Sie eine Fragestellung mit ja beantwortet oder die Hände nicht desinfiziert haben, bitten wir Sie um Verständnis, dass wir Sie derzeit aus Sicherheitsgründen nicht empfangen können.

Unterschrift Besucher: