

Datum: _____

Uhrzeit von/bis: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer _____

Besuch:

Grund des Besuchs / Veranstaltung: _____

COVID-Verdacht	bitte ankreuzen	
<p>Haben oder hatten Sie Symptome/Beschwerden in den letzten 2 Wochen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atembeschwerden, Atemnot, Kurzatmigkeit, Fieber >37,3 C und/oder Schüttelfrost? (Reiz-) Husten mit oder ohne Auswurf ? • Beeinträchtigung des Geruchs- oder Geschmackssinns? • Abgeschlagenheit (Unwohlsein, Ermüdung), Gliederschmerzen?? • Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Schnupfen? • Unspezifische Bauchschmerzen, Durchfall, Erbrechen? 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>Hatten Sie Kontakt mit einem bestätigtem COVID-19-Fall oder einem in Quarantäne Befindlichen in den letzten 14 Tagen?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>Auslandsaufenthalt Waren Sie in den letzten 2 Wochen im Ausland? Wenn ja, wo?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ich versichere, dass ich keines der oben genannten Symptome habe.*

Unterschrift Externe/ Gäste/ Teilnehmer: _____

* Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen sind wir verpflichtet, das Besuchsgeschehen zu kontrollieren und bei Vergehen notwendige Maßnahmen (nach dem Infektionsschutzgesetz) zu ergreifen.