

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit von/bis: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Besuch:

Grund des Besuchs / Veranstaltung: \_\_\_\_\_

COVID-Verdacht	bitte ankreuzen	
<p><b>Haben oder hatten Sie Symptome/Beschwerden</b> in den letzten 2 Wochen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atembeschwerden, Atemnot, Kurzatmigkeit, Fieber &gt;37,3 C und/oder Schüttelfrost? (Reiz-) Husten mit oder ohne Auswurf ?</li> <li>• Beeinträchtigung des Geruchs- oder Geschmackssinns?</li> <li>• Abgeschlagenheit (Unwohlsein, Ermüdung), Gliederschmerzen??</li> <li>• Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Schnupfen?</li> <li>• Unspezifische Bauchschmerzen, Durchfall, Erbrechen?</li> </ul>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p><b>Hatten Sie Kontakt</b> 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><b>Auslandsaufenthalt</b> 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.