

Selbstauskunft zum aktuellen Gesundheitszustand

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Frage 1:

Haben sie mindestens eines der folgenden Krankheitssymptome: Fieber, Husten, Atemnot oder Durchfall?

Nein

Ja

Frage 2:

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall?

Nein

Ja

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben

Datum, Zeit

Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Dieser Zettel wird nach vier Wochen vernichtet. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie auf meiner Webseite unter www.petra-noelting.de/datenschutz.