|  |
| --- |
| Name, Vorname: |
| Datum: | Uhrzeit Von:  | bis: |
| Ort: |  |
| Ich bestätige hiermit, akut keine grippeähnlichen Symptome wie Husten, Fieber, Atemnot zu spüren: | Ja 🞏 | Nein 🞏 |
| Ich bestätige hiermit, innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt zu einer Person gehabt zu haben, die positiv auf Covid-19 getestet wurde: | Ja 🞏 | Nein 🞏 |
| Ich bestätige hiermit, dass in meinem Haushalt niemand akut grippeähnliche Symptome zeigt, die auf eine Covid-19-Infektion schließen lassen: | Ja 🞏 | Nein 🞏 |
| Ich bestätige hiermit, dass für meinen Haushalt aktuell keine häusliche Quarantäneanordnung besteht: | Ja 🞏 | Nein 🞏 |
| Unterschrift:  |  |

Kontaktdokumentation während der Covid-19-Pandemie

Bitte beachten Sie, dass bei einer negativen Antwort keine Teilnahme an der Veranstaltung möglich ist.