

Coronavirus – COVID19 - Selbstauskunft

Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Anschrift	_____ _____
Tel. Nummer	_____
E-Mail	_____
Anlass des Termins	_____

- Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, Durchfall) aufweise.
- Hiermit bestätige ich, dass ich nicht in Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person stand oder seit dem Kontakt mit einer SARS-CoV-2 infizierten Person 14 Tage vergangen sind und sie keine Symptome der Krankheit Covid-19 aufweist.
- Hiermit bestätige ich, dass ich mich in den letzten 14 Tagen in keinem Risikogebiet aufgehalten habe.

Datenschutz: Durch meine Unterschrift bin ich damit einverstanden, dass meine Daten gespeichert werden. Die Verarbeitung ist erforderlich, um ggf. Kontaktpersonen von an Covid-19 erkrankten Personen ausfindig zu machen und rechtzeitig verständigen zu können. Ihre Daten werden spätestens nach 4 Wochen gelöscht.

Datum **Unterschrift/ Unterschrift Sorgeberechtigte/r**

Auszufüllen vom Gesundheitsamt:

Ankunft: _____ Uhr Handzeichen Mitarbeitender: _____

Verlassen des Amtes: _____ Uhr Unterschrift Mitarbeitender _____