

Sehr geehrte Besucherin
Sehr geehrter Besucher

Wir sind verpflichtet, Ihre Daten für eine eventuelle Rückverfolgung aufzunehmen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Name

Vorname

Tel.-Nr.

Ich besuche /
Termin bei

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen das entsprechende Feld an:

(Die Fragen sind auch zu beantworten, wenn Sie bereits geimpft sind!)

- Ja** **Haben Sie Covid-19 Symptome?**
 Nein (Fieber, Halsschmerzen, trockener Husten, Kurzatmigkeit,
Muskelschmerzen, Plötzlicher Verlust von Geruchs- und/oder
Geschmackssinn)

- Ja** **Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer**
 Nein **Covid-positiv getesteten Person?**

**Haben Sie eine Frage mit Ja beantwortet,
IST DER EINTRITT NICHT GESTATTET.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum Unterschrift