

COVID-19 Fragebogen

aufgrund der aktuellen Coronaviruserkrankungen (COVID- 19) und den Vorgaben seitens Hygienekonzept der Behörden sind wir angehalten eine allgemeine Befragung zu Aufenthalt in Risikogebieten und zu möglichen Kontaktpersonen durchzuführen.

Dies gibt Dir, allen anderen Personen und uns die Sicherheit, eine weitere Ausbreitung des Virus zu vermeiden. Vielen Dank für deine Mithilfe und Unterstützung!

Name:

Vorname:

Bitte beantworte nachfolgende Fragen vollständig:		
Hattest Du in den letzten 2 Wochen einen Aufenthalt in den nach RKI definierten Risikogebieten*?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hattest Du in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an COVID- 19 erkrankt ist?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind bei Dir folgende Symptome oder ähnliche aufgetreten? Trockener Husten mit und ohne Fieber, Abgeschlagenheit, Atemprobleme, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der Angaben. Die Angaben unterliegen dem Datenschutzrecht und dienen ausschließlich der Rückverfolgung durch Behörden im Falle eines Ausbruchs.

Der Fragebogen wird nach einer angemessenen Frist vernichtet.

Datum, Ort:

Unterschrift: