

Beiblatt Registrierung Gesundheitsfragebogen COVID-19

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

1. Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen im Ausland aufgehalten?
 ja / nein

2. Hatten Sie wissentlich in den letzten zwei Wochen Kontakt mit Personen, die sich im Ausland aufgehalten haben?
 ja / nein

3. Hatten Sie wissentlich persönlichen Kontakt zu einer Person, bei der das neuartige Coronavirus im Labor nachgewiesen wurde?
 ja / nein

4. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome?
 ja / nein

Datum, Unterschrift

Haben Sie eine der Fragen mit „ja“ beantwortet, kann Ihnen leider kein Zutritt gewährt werden.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.