

# SARS-CoV-2 SCHUTZMASSNAHMENKONZEPT



Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Termin am \_\_\_\_\_

Nachweispflicht:

Geimpft       Genesen       Getestet

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen direkten oder indirekten Kontakt zu einer COVID19 erkrankten Person?

Ja       Nein       Nicht bekannt

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen engeren Kontakt zu einer Person, welche an einer Erkältung oder Grippe erkrankt war?

Ja       Nein       Nicht bekannt

Haben Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet gemäß aktueller Info des RKI aufgehalten?

Ja (falls Ja, ist eine Behandlung leider nicht möglich)       Nein

Haben Sie aktuell ein oder mehrere Symptome?

Schnupfen       Ja       Nein

Trockener Husten       Ja       Nein

Halsschmerzen       Ja       Nein

Fieber       Ja       Nein

Kopfschmerzen       Ja       Nein

Verlust von Geschmacks-/Geruchssinn       Ja       Nein

Durchfall       Ja       Nein

Hinweis an Kunde:

Bei akut auftretenden Symptomen bis zum Termin dringend Bescheid geben.

Ort:

Datum:

Unterschrift: