

Selbstdeklarations-Gesundheits-Check

Besuch bei Bewohnenden: _____

Name Besucher: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.Nr.: _____

Haben Sie eins der folgenden Symptome?

- Husten (trocken)
- Fieber, Fiebergefühl
- Plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns
- Halsschmerzen
- Muskelschmerzen
- Kurzatmigkeit (neu aufgetreten)
- Andere Symptome (grippeartig)

Hatten Sie eines der oben beschriebenen Symptome innerhalb der letzten 48 Stunden?

- Ja Nein

Hat jemand mit dem Sie zusammenleben oder engen Kontakt haben eines der oben aufgeführten Symptome?

- Ja Nein

Die Verantwortung der Einhaltung der Hygienevorschriften ist beim Besuchenden respektive bei der externen Person.

Gebiet mit erhöhtem Infektionsrisiko

Ich bestätige, dass ich mich in den letzten 14 Tagen nicht in einem vom BAG definierten Staat oder Gebiet mit erhöhtem Infektionsrisiko aufgehalten habe. (Aktuelle Liste zeigt Ihnen die Verwaltungsmitarbeiterin und ist auf der **Internetseite BAG** zu finden)

Datum/Zeit: _____ / _____

Unterschrift: _____