

Sehr geehrte Besucherin, sehr geehrter Besucher,

als Teil unserer internen Sicherheitsmaßnahmen zur Vermeidung der Ausbreitung des Corona-Virus (SARS-CoV2) bitten wir Sie, vor Ihrem Besuch dieses Formular auszufüllen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Ihr Verständnis.

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Telefonnummer:

Anschrift:

.....

Gesundheitscheck: (der letzten 10 Tage) bitte ankreuzen

Symptome	Ja	Nein
Fieber > 37,5°C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Starker Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurzatmigkeit, Atemschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskelschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mattigkeitsgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akuter Geschmacks- o. Geruchsverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Temperatur (einzutragen v. Personal):

Kategorie (bitte ankreuzen)

vollständig geimpft: Datum 1. Impfung, Datum 2. Impfung

genesen (innerh. 6 Monate), Datum des PCR-Tests

getestet (vorzulegen)

PCR-Test: Datum:, Uhrzeit:

Antigenschnelltest: Datum:, Uhrzeit:

Besuch am:

Uhrzeit (von – bis):

Besuch bei:

Station:

Zustimmung Datenschutz: 30 Tage Archivierung: JA NEIN (kein Zutritt)

Landsberg, den

Unterschrift.....