



Eigenerklärung zur Eindämmung der Ausbreitung des COVID-19

1. Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu Personen mit grippeähnlichen Symptomen wie Halsschmerzen, Husten, Fieber, Beeinträchtigung des Geruchs- oder Geschmackssinnes?

Ja Nein

2. Hatten Sie selbst innerhalb der letzten 14 Tage grippeähnliche Symptome wie Halsschmerzen, Husten, Fieber, Beeinträchtigung des Geruchs- oder Geschmackssinnes?

Ja Nein

3. Waren Sie oder eine Person mit der Sie Kontakt hatten innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet?

Ja Nein

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Ort, Datum

