

Volunteers

Name: _____

1. Fieber in den letzten 14 Tagen?
2. Husten in den letzten 14 Tagen?
3. Hals-/ Gliederschmerzen in den letzten 14 Tagen?
4. Atemprobleme in den letzten 14 Tagen?
5. Einschränkung im Geschmacks-/Geruchssinn in den letzten 14 Tagen?
6. Kontakt zu einem Covid-19-Patienten in den letzten 14 Tagen?
7. Vergangene 14 Tage in einem Corona-Risikogebiet?
8. Bereits getestet (inkl. wann und wie)?

JA	NEIN

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Zudem bestätige ich, dass ich über die für die Veranstaltung geltenden Verhaltensregeln zur Hygiene nach Empfehlung RKI und BZgA (Händedesinfektion, Husten-und Niesabstand, Tragen einer FFP2-Maske, Abstandsregelung) in Kenntnis gesetzt wurde.

Datum, Unterschrift