

# Verpflichtende Selbsterklärung Coronavirus

Bitte beantworten Sie alle nachfolgenden Fragen:

\*Risikogebiete lt .Definition des RKI

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Risikogebiete.htm](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.htm)

	ja	nein
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem COVID-19 („Coronavirus“)- Risikogebiet lt. Definition des RKI*?		
Hatten Sie die 14 Tage Kontakt mit Menschen, die dort waren?		
Hatten Sie die letzten 14 Tage Kontakt mit Menschen, die eine bestätigte Coronavirusinfektion haben?		

Leiden Sie aktuell unter folgenden Symptomen:	<b>Fieber(&gt;38)</b> Husten Schnupfen Halskratzen Verlust des Geruchs- bzw. Geschmackssinns	<b>Übelkeit/Erbrechen</b> Durchfall Abgeschlagenheit Gelenkschmerzen Kopfschmerzen Kurzatmigkeit
---	--	---

Ich leide unter keinem der o.g. genannten Symptome

Bitte vervollständigen Sie die folgenden Angaben in Druckbuchstaben:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß sind und ich die Fragen gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift