

Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen muss von allen Personen vor dem Besuch/Termin ausgefüllt werden. Er wird ggf. an die öffentliche Gesundheitsbehörde weitergeleitet, um Sie im Falle einer möglichen Übertragung erreichen zu können.

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____

Ich leide unter akuten Atemwegsbeschwerden oder unspezifischen Allgemeinsymptomen wie Fieber, Abgeschlagenheit und Schwäche.

Ich hatte in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer anderen Person mit positivem Nachweis von neuartigem Coronavirus (SARS-CoV-2).

Ich habe mich in den letzten 14 Tagen in einem **Risikogebiet lt. RKI** aufgehalten.

Wenn für Sie einer der Punkte zutrifft, ist ein Besuch/Termin abzulehnen.

Keiner der vorgenannten Punkte trifft auf mich zu.

Aktuelle Informationen finden Sie unter anderem auf der Internetseite des Landkreises Saalekreis (www.saalekreis.de) oder des Robert-Koch-Institutes (www.rki.de).

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben wahr und richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation haben können.

Datum, Unterschrift: _____

Datenschutzhinweis: Ihre personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen verwendet.