

Fragebogen für Kunden, Lieferanten und Dritte im Zusammenhang mit Maßnahmen gegen die Verbreitung von COVID-19

Besucher Name:		
1.	Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Land/Gebiet, das als Corona – Risikogebiet eingestuft ist? <i>(Hinweis: Nutzen Sie den unten genannten Link zu den aktuellen Risikogebieten oder fragen Sie die Rezeption)</i> https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
1.a	Wenn ja, geben Sie bitte das Land/Gebiet und das Einreisedatum in die Bundesrepublik Deutschland an. (Land/Gebiet/Datum)	-----
2.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Menschen, die positiv auf das Corona-Virus getestet wurden (direkter Kontakt zu bestätigtem Corona-Fall) oder haben Sie sich mit positiv getesteten Menschen länger als 15 Minuten in einem Raum befunden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3.	Weisen Sie oder eines Ihrer Familienmitglieder die unten beschriebenen Symptome auf?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4.	Leiden Sie persönlich an einem der folgenden Symptome <ul style="list-style-type: none"> - Fieber - trockener Husten - Atembeschwerden - Halsschmerzen - Kopfschmerzen - Geruchs- und/oder Geschmacksverlust? 	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Datum:		Unterschrift*

*Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die angegebenen persönlichen Daten nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgetreu und aktuell sind.