

Covid-19 Gesundheitserklärung

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Telefonkontakt:

Adresse:

Email-Adresse:

- Meine Körpertemperatur ist niedriger als 37,5°C / 98,6°F
- Ich habe keins der folgenden Symptome: Fieber, Husten, Halsschmerzen
- Ich hatte in den letzten 14 Tagen keinen engen Kontakt zu einem Covid-19-Patienten
- Ich bewillige ein, dass meine Daten, bei positivem Ergebnis, an das zuständige Gesundheitsamt weitergeleitet werden darf.

Datum: _____

Unterschrift: _____