

Dokumentation Symptomfreiheit Besucher Wohnanlage

Name Besucher: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Name, Vorname Bewohner: _____ Apartment Nr. _____

Datum des Besuches: _____ Uhrzeit: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich einen Besuch nur wahrnehme, wenn ich keine der u. g. Symptome einer Corona - Infektion zeige, sowie in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer Person hatte, die positiv auf CoVid19 getestet wurde. Und nicht in den letzten 14 Tagen auf dem Land-, See- und Luftweg aus einem Staat außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in Hessen / einem ausgewiesenen Risikogebiet eingereist bin.

Fieber Husten Schnupfen verstopfte Nase Halsschmerzen	Kopfschmerzen Muskel – u. Gelenkschmerzen Kurzatmigkeit Übelkeit / Erbrechen Durchfall	Appetitlosigkeit Gerötete/ entzündete Augen Hautausschlag Verlust der Sprache	Benommenheit Schläfrigkeit Anderweitiges Krankheitsgefühl
--	---	---	--

Ich verpflichte mich zum Tragen einer FFP2-Maske oder einem Mund-Nasen-Schutz (einfache Stoffmaske reicht nicht aus), sowie zum Einhalten der Abstandsregeln von mindestens 1,50m während des Besuches.

Kopie neg. Coronatest / Impfausweis / Genesungsnachweis (bitte ankreuzen) ist beigefügt

Ich erkläre mich mit der Archivierung meiner Daten zur Nachverfolgung der Infektionskette im Falle eines Infektionsausbruchsgeschehens einverstanden.

<input type="checkbox"/> Im Vorfeld des Besuchs habe ich unmittelbar einen Antigen-Schnelltest durchführen lassen und ein negatives Testergebnis erhalten (nicht älter als 24 Stunden).	<input type="checkbox"/> Ich habe vollständigen Impfschutz (= nach 14 Tagen nach 2. Impfung).	<input type="checkbox"/> Ich bin genesen (=Genesungsnachweis der Gesundheits-behörde, gültig bis zum Ablauf von 6 Monaten).
---	---	---

Ich erkläre mich mit der Archivierung meiner Daten zur Nachverfolgung der Infektionskette im Falle eines Infektionsausbruchsgeschehens einverstanden.

Unterschrift Besucher: _____