

Dokumentation Symptomfreiheit Besucher Wohnanlage

Name Besucher: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Name, Vorname Bewohner: _____ Ap.Nr. _____

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 eingereist bin.

Symptome

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

Oder mich anderweitig krank fühle.

Ich verpflichte mich zum Tragen eines MNS (Mund-Nasen-Schutz – einfache Stoffmaske reicht nicht aus) und zum Einhalten der Abstandsregelung von min. 1,50 Meter während des Besuchs.

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

Unterschrift Besucher: _____