

Dokumentation Symptomfreiheit Besucher Wohnanlage – Stand 25.01.2021

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 einer FFP2 Maske oder MNS (Mund-Nasen-Schutz), eine einfache Stoffmaske reicht nicht aus, sowie zum Einhalten der Abstandsregelung von min. 1,50 Meter während des Besuchs.

Im Vorfeld des Besuchs habe ich unmittelbar einen Antigen-Schnelltest durchführen lassen und ein negatives Testergebnis erhalten.

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

Unterschrift Besucher: _____