Corona Checkliste für Präsenzveranstaltungen

Bitte aktuell ausgefüllt am Veranstaltungstag mitbringen

Name, Vorname: _____

Ja	Nein	Krankheitssymptome in den letzten 14 Tagen
☐	☐	**Fieber > 38° C**
☐	☐	**Husten**
☐	☐	**Kurzatmigkeit**
☐	☐	**Schnupfen**
☐	☐	**Halsschmerzen**
☐	☐	**Geruchs-/Geschmacksstörungen**
☐	☐	**Durchfall**
Ja	**Nein**	**Risikofaktoren COVID-Kontakt**
☐	☐	Kontakt zu bestätigten COVID-Erkrankten wann: _____
☐	☐	Auslands-Aufenthalt in einem Risikogebiet wann:_____
☐	☐	Kontakt zu Menschen in Corona-Quarantäne (inkl. Familienmitglied) wann: _____
☐	☐	Wurde bei Ihnen ein Corona-Abstrich durchgeführt? wann: _____ Ergebnis: ☐ negativ ☐ positiv
☐	☐	Ich bin gegen COVID-19 geimpft Wenn ja, ☐ 1. Impfung ☐ 2. Impfung

_____

Datum, Uhrzeit, Unterschrift