

Name:		
Adresse:(Wohnadresse)		
Geburtsdatum:		
Telefonische Erreichbarkeit:		
Akute Atemprobleme, Husten, Schnupfen, Krankheitsgefühle, Fieber über 37,5 °C	JA	NEIN
In letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen mit positivem Nachweis von Covid-19		
Aufenthalt in Risikogebiet in den letzten 14 Tagen		
Datum:	Unterschrift:	