

**CoVid-19
 FRAGEBOGEN ZUM GESUNDHEITSMONITORING**



Auszufüllen ab 48 Stunden vor dem Besuch des Standortes durch alle Besucher*innen, Dienstleister*innen, Fremdfirmenmitarbeiter*innen

NAME	
ADRESSE/ TELEFON/E-MAIL	
ZWECK DES BESUCHS	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Dienstleister: _____ <input type="checkbox"/> Presse

In Übereinstimmung mit den aktuellen Empfehlungen für das Coronavirus (COVID-19) möchten wir alle Besucher*innen und Auftragnehmer*innen darum bitten, das vorliegende Formular auszufüllen.

Ich habe mich in den letzten 14 Tagen in einem laut Robert Koch Institut (RKI) ausgewiesenen internationalen Risikogebiet oder besonders betroffenen Gebiet in Deutschland aufgehalten.
 (Aktuelle Listen auf https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html)

Ja

 Nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen, die in/aus/durch ein(e) Land (Region) gereist sind, das (die) laut Liste des RKI zu den internationalen Risikogebieten und besonders betroffenen Gebieten in Deutschland gehört ?	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nein	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie gegenwärtig an einer der folgenden Symptome ? - Husten - Fieber - Geruchs- & Geschmacksstörungen	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nein	<input type="checkbox"/>

Haben Sie in den letzten 14 Tagen mit jemandem Kontakt gehabt, der verdächtigt wurde bzw. bei dem bestätigt wurde, dass er/sie am Coronavirus (Covid-19) erkrankt ist ?	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nein	<input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich, dass die Antworten auf diese Fragen nach bestem Wissen und Gewissen erfolgt sind:

Name und Unterschrift: _____ Datum: _____

GENEHMIGUNG

Ich erkläre, dass ich die obigen Antworten zu den Risikogebieten überprüft habe.

Auf alle Fragen mit Nein geantwortet:
Genehmigt zum Betreten des Geländes

Sind eine oder mehr Fragen mit Ja beantwortet, möchten wir darum bitten von einer Anreise abzusehen. Im Falle von Symptomen am Veranstaltungstag erfolgt ein Medical Clearing (medizinisches Interview).

Name und Unterschrift _____ Datum: _____

- Wenn sich zwischen dem Ausfüllen dieses Fragebogens und Ihrem geplanten Besuch etwas ändert, geben Sie uns bitte Bescheid und füllen einen weiteren Fragebogen aus.
- Sollten Sie innerhalb **von 14 Tagen** nach Ihrem Besuch am Coronavirus erkranken, geben Sie uns bitte umgehend Bescheid.