



COVID 19 - Selbstauskunft

Persönliche Daten:

Vorname und Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

email-Adresse: _____

Sonstiges (Angabe freiwillig): Geimpft Genesen Getestet

Hiermit bestätige ich, dass ich

- Frei von Symptomen – wie z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, sowie Kratzen im Hals bin.
- Mir die umzusetzenden Hygieneregeln und der Mindestabstand von 1,5m bekannt sind und ich diese berücksichtige.
- Ich während der Veranstaltung meinen Mund-Nasen-Schutz in den entsprechend vom Veranstalter ausgewiesenen Bereichen trage.
- Ich bin einverstanden, dass meine Daten dem Gesundheitsamt, im Rahmen einer Infektionskettennachverfolgung weiter gegeben werden. Es erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte.

Ort, Datum

Unterschrift