



## Erklärung zum Gesundheitszustand

Name:	Vorname:
Straße/Nr.:	PLZ/Wohnort:
Geb. Datum:	Angehöriger von:
Telefon:	Mobil:
Email:	

Ich weise keine der folgenden Krankheitssymptome auf:

- Halskratzen
- Husten
- Schnupfen, Nasenlaufen
- Kurzatmigkeit
- Geschmacksverlust
- Temperatur/Fieber

Ich stehe und stand nicht in Kontakt zu mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Personen bzw. seit dem Kontakt sind mindestens 14 Tage vergangen.

Ich befinde mich aktuell nicht in angeordneter Quarantäne.

Ich versichere die Richtigkeit aller Angaben. (Anm.: Auf die Bußgeldvorschrift des § 73 Abs. 1a Nr. 6 IfSG sowie auf die Strafvorschrift des § 74 IfSG wird hingewiesen.)

---

Ort, Datum

Unterschrift