

PCR + PoC- Test

→Name: _____

→Geburtsdatum: _____

→Telefonnummer: _____

PoCT/PCR mitgebracht: Datum+ Uhrzeit des Tests: _____

Selbsttest am _____ Uhrzeit _____

Ergebnis 0 positiv 0 negativ

Unterschrift Tester: _____

Erklärung zum Gesundheitszustand

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass keine der unten genannten Kriterien auf mich zutreffen:

1. Ich weise keine der folgenden Krankheitssymptome auf: Halskratzen, Husten, Schnupfen, Nasenlaufen, Kurzatmigkeit, Geschmacksverlust, erhöhte Temperatur ab 37,9 C°
2. 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.
3. Ich befinde mich aktuell nicht in angeordneter Quarantäne.
4. Ich bin nicht in den letzten 14 Tagen aus einem Risikogebiet nach Deutschland eingereist. (Ich darf das Haus nur mit einem aktuellen negativen Corona-Test betreten. Dieser ist vorzulegen.)
5. Ich halte alle Hygienemaßnahmen sowie die AHA- Regeln während des Aufenthaltes im Haus ein.
6. 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.

Bei Zutreffen eines Kriteriums, wenden Sie sich bitte umgehend vor Ort an den jeweils anwesenden Mitarbeiter.

Datum

Unterschrift