

Covid 19

- Bitte betreten sie den Eingangsbereich mit Maske
- Im Besprechungsraum wird Abstand eingehalten und gelüftet
- Desinfektionsmittel ist vorhanden

Symptomabfrage

Haben Sie,

- | | |
|--|-----------|
| - Husten | Ja / Nein |
| - Fieber | Ja / Nein |
| - Halsschmerzen/Schluckbeschwerden | Ja / Nein |
| - Atemnot | Ja / Nein |
| - Schnupfen | Ja / Nein |
| - Gelenkschmerzen | Ja / Nein |
| - Abgeschlagenheit | Ja / Nein |
| - Hatten sie Kontakt zu einer positiv auf Corona getesteten Person | Ja / Nein |

Falls Sie eines mit JA beantworten können, bitte ich den Termin rechtzeitig abzusagen.

Datum: _____ Unterschrift: _____