

Gesundheitserklärung

Hiermit erkläre ich mit meiner Unterschrift, dass:

1. Ich mich bester Gesundheit erfreue und aktuell keinerlei grippeähnlicher Symptome aufweise.
2. Ich keine Symptome aufweise, die mit Covid 19 in Verbindung gebracht werden.
3. Ich in den letzten 14 Tagen keine Krankheitssymptome, die mit grippalen Erkrankungen in Verbindung gebracht werden, aufgezeigt habe.
4. Ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu Menschen hatte, die in einem Risikogebiet für Covid 19 waren.
5. Ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu Menschen hatte, die an Covid 19 erkrankt waren.
6. Ich mich in den letzten 14 Tagen in keinem vom RKI eingestuften Risikogebiet für Covid 19 aufgehalten habe.

Klosterreichenbach, 18.10.2020

Vorname	Nachname
Strasse	Wohnort
Telefon	oder E-mail