



Erklärung SARS-CoV-2 Risiko

1. Personenbezogene Daten

Name
Vorname
Geburtsdatum
Lizenznummer
Adresse (Heimat)
Telefon (mobil)
Mail

2. Risiko-Evaluation zur Teilnahme

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie

- Keinen Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage hatten

und keines der genannten Symptome aufweisen

- Allgemeines Krankheitsgefühl, Fieber, Kopf- und/oder Gliederschmerzen
- Husten, Atemnot (Dyspnoe)
- Halsschmerzen, Geschmacks- und/oder Reichstörungen
- Schnupfen (Rhinitis)
- Durchfall (Diarrhoe)

Andernfalls ist eine Teilnahme an der Leistungsüberprüfung ausgeschlossen.

Datum: _____

Unterschrift: _____