



Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen muss von allen Personen vor Beginn der Prüfung ausgefüllt werden. Er wird nur dann dem Gesundheitsamt zur Kenntnis gegeben, wenn sich im Rahmen der Prüfung herausstellt, dass es einen positiv getesteten COVID-19-Fall gibt.

Bitte helfen Sie uns, die Gesundheit und Sicherheit aller Besucher/-innen dieser Prüfung sicherzustellen.

Prüfungsort _____

Datum der Prüfung _____

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____

	Ja	Nein
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage wissentlich persönlichen Kontakt zu COVID-19 infizierten Personen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Symptome einer COVID-19-Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben wahr und richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation haben können.

Ort, Datum, Unterschrift