

Veranstaltung: _____

Datum: _____ Uhrzeit von _____ bis _____

❖ **Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten oder positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Person, haben Sie die Aufforderung für eine Quarantäne erhalten?**

ja

nein

❖ **Leiden Sie an Fieber (38°C oder höher) und/oder Schüttelfrost?**

(Ggf. Temperaturmessung durchführen)

ja

nein

❖ **Leiden Sie an Halsschmerzen, Halskratzen oder Husten?**

ja

nein

❖ **Leiden Sie an Luftnot oder Kurzatmigkeit?**

ja

nein

❖ **Haben Sie kürzlich einen Verlust von Geschmacks- oder Geruchssinn bemerkt?**

ja

nein

Immunistatus (3G-Regel)

❖ **Sind Sie vollständig geimpft und liegt ein entsprechender Impfnachweis vor?**

(= mind. 14 Tage nach 2. Impfdosis bzw. mind. 14 Tage nach einmaliger Impfung mit Impfstoff „Johnson&Johnson“ oder einmalige Impfung nach durchgemachter COVID-19 Infektion)

ja

nein

❖ **Gelten Sie als genesen?**

(= positiver SARS-CoV-2 Labornachweis (PCR) vor mind. 4 Wochen, aber höchstens 6 Monaten)

ja

nein

❖ **Liegt ein aktueller (max. 24 Std.) negativer PoC-Schnelltest auf SARS-CoV-2 vor?**

ja

nein

Name des/der Teilnehmer*in

Anschrift (Straße, Haus-Nr., Ort)

Telefonische Erreichbarkeit

*Bitte leserlich
schreiben
(Blockschrift)*

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum und Unterschrift der/des Teilnehmenden