

**Besucherselbstauskunft zu COVID-19 und Verpflichtungserklärung**

Name:.....  
Vorname:.....  
Straße:.....  
PLZ und Ort:.....  
Telefonnummer:.....  
Emailadresse:.....

Besuchszeitraum:

Datum:.....

Beginn:..... Ende:.....

1. Waren Sie in den letzten 4 Wochen mit dem Corona-Virus infiziert?  
 JA  NEIN
2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die in den letzten vier Wochen mit Corona infiziert war, oder bei der in dem Zeitraum ein nicht widerlegter Verdacht auf eine solche Infektion bestand?  
 JA  NEIN
3. Haben Sie erhöhte Temperatur bzw. Fieber (>37,5° Celsius)?  
 JA  NEIN
4. Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot), Kopf- oder Gliederschmerzen?  
 JA  NEIN

Sofern Sie eine dieser Fragen mit **JA** beantworten, kann keine persönliche Beratung vor Ort stattfinden. Für diesen Fall bieten wir Telefon- oder Videoberatung an.

Als Besucherin/Besucher verpflichte ich mich:

- eine Mund- Nasenschutzmaske zu tragen
- beim Betreten der KBS die Hände zu desinfizieren
- einen Sicherheitsabstand von mindestens 1,50 Meter einzuhalten
- meine Kontaktdaten zur Kontaktnachverfolgung anzugeben.

Datum:.....

Unterschrift:.....

Ihre Daten werden zum Zweck der Auskunftserteilung gegenüber dem Gesundheitsamt oder der Ortspolizeibehörde nach §§16, 25IfSG gespeichert. Die erfassten Daten werden nach vier Wochen gelöscht.