



Fragebogen zur Datenerhebung im Zusammenhang mit der COVID-19/SARS-CoV 2-Pandemie/Ferienhaus Pippilotta

Reisedaten: _____

1.) Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

2.) Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

3.) **Name, Vorname:** _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

4.) **Name, Vorname:** _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

5.) **Name, Vorname:** _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Bitte für jeden Reisenden ausfüllen:

Name, Vorname: _____

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem vom Robert-Koch-Institut benannten Risikogebiet aufgehalten? Ja Nein

Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen gehabt, bei denen der Covid-19-Virus nachgewiesen wurde? Ja Nein

Weisen Sie derzeit eines oder mehrere der folgenden Symptome auf?
Trockener Husten, Fieber, Abgeschlagenheit, Atemprobleme, Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinnes, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen?

Ja Nein

Unterschrift: _____

Name, Vorname: _____

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem vom Robert-Koch-Institut benannten Risikogebiet aufgehalten? Ja Nein

Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen gehabt, bei denen der Covid-19-Virus nachgewiesen wurde? Ja Nein

Weisen Sie derzeit eines oder mehrere der folgenden Symptome auf?
Trockener Husten, Fieber, Abgeschlagenheit, Atemprobleme, Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinnes, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen?

Ja Nein

Unterschrift: _____

Name, Vorname: _____

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem vom Robert-Koch-Institut benannten Risikogebiet aufgehalten? Ja Nein

Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen gehabt, bei denen der Covid-19-Virus nachgewiesen wurde? Ja Nein

Weisen Sie derzeit eines oder mehrere der folgenden Symptome auf?
Trockener Husten, Fieber, Abgeschlagenheit, Atemprobleme, Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinnes, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen?

Ja Nein

Unterschrift: _____

Name, Vorname: _____

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem vom Robert-Koch-Institut benannten Risikogebiet aufgehalten? Ja Nein

Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen gehabt, bei denen der Covid-19-Virus nachgewiesen wurde? Ja Nein

Weisen Sie derzeit eines oder mehrere der folgenden Symptome auf?
Trockener Husten, Fieber, Abgeschlagenheit, Atemprobleme, Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinnes, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen?

Ja Nein

Unterschrift: _____

Name, Vorname: _____

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem vom Robert-Koch-Institut benannten Risikogebiet aufgehalten? Ja Nein

Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Personen gehabt, bei denen der Covid-19-Virus nachgewiesen wurde? Ja Nein

Weisen Sie derzeit eines oder mehrere der folgenden Symptome auf?
Trockener Husten, Fieber, Abgeschlagenheit, Atemprobleme, Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinnes, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen?

Ja Nein

Unterschrift: _____