

COVID-19 Gesundheitserklärung/Questionnaire

Name/Name	Nachname/Surname

Wurde bei Ihnen COVID-19 diagnostiziert?/ Have you been diagnosed with COVID-19?	Ja/Yes	Nein/No
Stehen Sie unter Quarantäne?/ Have you been ordered to stay in quarantine?	Ja/Yes	Nein/No
Haben Sie Kontakt zu jemandem aufgenommen, der grippeähnliche Symptome hat? Husten, Fieber über 38 ° C, Muskelschmerzen, Geschmacksverlust, Geruchsverlust?/ Have you been in contact with someone who has flu-like symptoms? Cough, fever over 38 ° C, muscle pain, loss of taste, loss of smell?	Ja/Yes	Nein/No
Haben Sie Symptome: Husten, Fieber über 38 ° C, Atemnot, Muskelschmerzen, Geruch und/oder Geschmacksverlust?/ Do you have symptoms: cough, fever over 38 ° C, shortness of breath, muscle pain, odor and / or loss of taste?	Ja/Yes	Nein/No

Datum und Unterschrift der Person, die die Erklärung abgibt
Date and signature.