



## Kontaktblatt – Gesundheitsabfrage bzgl. COVID-19

**Veranstaltung** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_

**Nachname, Vorname** \_\_\_\_\_

**Straße, Hausnummer** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon (auch mobil)** \_\_\_\_\_

**Emailadresse** \_\_\_\_\_

## Faktoren zur Risikoeinschätzung

1. Waren Sie in einem Risikogebiet innerhalb der letzten 14 Tage?  
 ja  nein
2. Sind bei Ihnen typische COVID-19-Symptome, wie Husten und Fieber aufgetreten?  
 ja  nein
3. Hatten Sie Kontakt zu mit Corona infizierten Personen innerhalb der letzten 14 Tage?  
 ja  nein
4. Sind Sie aktuell an Corona erkrankt?  ja  nein

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

