

## Datenblatt für Besucher

Name/Vorname Bewohner: \_\_\_\_\_ Zi.-Nr. \_\_\_\_\_

### Besucher Nr. 1:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Besucher Nr. 2:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Haben Sie eines dieser COVID-19-Krankheitssymptome?

Ja	nein		ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebergefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	plötzlicher Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn			

**Wenn ja, dann dürfen Sie unser Haus nicht betreten!**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Ersatz-Datenblätter für Folgebesuche liegen im Haupteingangsbereich auf.**