

Dieses Dokument ist **täglich** zu aktualisieren und vorzulegen

Sicherheitsabfrage entsprechend des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Name: _____ Vorname: _____ Klasse: _____

Datum: _____ Uhrzeit: _____

1.) Hatten Sie oder Ihre Kind in den letzten 14 Tagen Kontakt zu bestätigten Corona-infizierten Personen?

ja nein

2.) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Aufenthalt in einem Risikogebiet?

ja nein

Datum

Unterschrift und Name in Druckschrift

3.) Liegen zum aktuellen Zeitpunkt folgende Krankheitszeichen vor?

Montag, _____

1. Husten ja nein

2. Fieber ja nein

Unterschrift und Name in Druckschrift

Dienstag, _____

1. Husten ja nein

2. Fieber ja nein

Unterschrift und Name in Druckschrift

Mittwoch, _____

1. Husten ja nein

2. Fieber ja nein

Unterschrift und Name in Druckschrift

Donnerstag, _____

1. Husten ja nein

2. Fieber ja nein

Unterschrift und Name in Druckschrift

Freitag, _____

1. Husten ja nein

2. Fieber ja nein

Unterschrift und Name in Druckschrift