

**Veranstaltung:** \_\_\_\_\_  
Zentrum für Gesundheitsförderung und Elternschule

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit von** \_\_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_\_

1. Bestand Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person in den letzten 14 Tagen, haben Sie die Aufforderung für eine Quarantäne erhalten

ja  nein

2. Leiden Sie an Fieber (38°C oder höher) und/oder Schüttelfrost? Ggf. Temperaturmessung durch die Klinik

ja  nein

3. Leiden Sie an Halsschmerzen, Halskratzen oder Husten?

ja  nein

4. Leiden Sie an Luftnot oder Kurzatmigkeit?

Bei chronischen Erkrankungen bitte messen Sie die Körpertemperatur vor Kursbeginn zu Hause

ja  nein

5. Haben Sie kürzlich einen Verlust von Geschmacks- oder Geruchssinn bemerkt?

Bei chronischen Erkrankungen bitte messen Sie die Körpertemperatur vor Kursbeginn zu Hause

ja  nein

\_\_\_\_\_  
**Name** des Teilnehmers / der Teilnehmerin

\_\_\_\_\_  
**Anschrift:** Straße, Haus-Nr., Ort / Ist dem ZGF bekannt und aktuell?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
**Telefonische Erreichbarkeit** / Ist dem ZGF bekannt und aktuell?  ja  nein

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

**Datum / Unterschrift Teilnehmer\*in** \_\_\_\_\_

**Datum / Unterschrift Kursleiterin** \_\_\_\_\_

Alle Daten sind vorhanden und alle Fragen sind mit „Nein“ beantwortet worden.