



Bestätigung

Name und Adresse des Klienten

Ich hatte in den letzten 7 Tagen Kontakt zu einer Person, die positiv auf Corona getestet wurde.

Ja

Nein

Ich bin in den letzten 7 Tagen positiv auf Corona getestet worden. Oder es steht noch das Testergebnis eines Corona-Tests aus.

Ja

Nein

Ich leide im Moment an Erkältungserscheinungen, Kopf- oder Gliederschmerzen, Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns, Fieber, o.ä.

Ja

Nein

Ich bin

geimpft

genesen

getestet

Ort, Datum

Unterschrift des Klienten (bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)