

SELBSTAUSKUNFT

Fragebogen COVID- 19 (Corona Virus Disease)

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen vollständig

1	Hatten Sie in den letzten 2 Wochen einen Aufenthalt in den nach RKI definierten Risikogebieten? oder Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an COVID- 19 erkrankt ist?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2	Sind bei Ihnen folgende Symptome oder ähnliche aufgetreten? Trockener Husten mit und ohne Fieber, Abgeschlagenheit, Atemprobleme, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3	Liegt Ihnen die gültige Fassung des Moby Dick III Hygienekonzepts vor und haben Sie dieses gesichtet?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift Mitsegler