

Fragencheck Präsenztreffen

Version 1.0

Stand: 04.05.2020

Bitte nehmen Sie an keinem Präsenztreffen teil, falls Sie eine der folgenden Fragen mit "ja" beantworten:

Frage	Ja	Nein
Hatten Sie innerhalb der vergangenen 14 Tage gesichert Kontakt zu einem positiv getesteten COVID-19 Fall?		
Haben Sie eines der folgenden Symptome?		
– Husten		
– Halsschmerzen		
– Schnupfen		
– Durchfall		
– Fieber		
– Gliederschmerzen		
– Geruchsverlust (z.B. angebranntes Essen nicht mehr wahrnehmen)		
– Geschmacksverlust (z.B. angebranntes Essen nicht mehr differenzierbar)		

Check questions Face-to-face meetings

Please do not attend a face-to-face meeting if you answer one of the following questions with "yes":

Question	Yes	No
Did you have confirmed contact with a positively tested COVID-19 person within the last 14 days?		
Do you have any of the following symptoms?		
– Cough		
– Sore throat		
– Cold		
– Diarrhea		
– Fever		
– Limb pain		
– Loss of smell (e.g. no longer perceiving burnt food)		
– Loss of taste (e.g. burnt food no longer differentiable)		

Sollte eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, so darf die Präsenzveranstaltung nicht wahrgenommen werden.

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden:

Datum und Name

Unterschrift