

Bitte füllen Sie das folgende Formular in DRUCKBUCHSTABEN aus:

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Hiermit versichere ich folgendes:

- Ich war in **keinem Risikogebiet**, habe **keine erkältungsähnlichen Symptome** und hatte **keinen Kontakt** zu einem mit dem Coronavirus Infizierten.

Wahrenholz, den _____ (Datum), _____ Uhr (Ankunftszeit)

Unterschrift des Patienten: _____