**Gesundheitsfragebogen**

Dieser Fragebogen basiert auf der

**Fünften Verordnung über Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Sachsen-Anhalt (Fünfte SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung — 5. SARS-CoV-2-EindV) vom 2. Mai 2020.**

und muss von allen Personen vor der Teilnahme an der Veranstaltung:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………… |

ausgefüllt werden. Er wird an das Gesundheitsamt des Landkreises Mansfeld-Südharz weitergeleitet, um Sie im Falle einer möglichen Übertragung erreichen zu können. Bitte helfen Sie uns, die Gesundheit und Sicherheit aller Teilnehmer dieser Veranstaltung sicherzustellen.

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | ……………………………………………………………………………………. |
|  |  |
|  |  |
| vollständige Anschrift: | …………………………………………………………………………………….. |
|  |  |
|  |  |
| Telefonnummer: | …………………………………………………………………………………….. |
|  |  |

Hiermit gebe ich folgende Erklärungen ab:

|  |  |
| --- | --- |
| Ich leide an erkennbaren Symptomen – einzeln oder in Kombination - einer COVID-19-Erkrankung (Fieber, allgemeine Abgeschlagenheit und Müdigkeit, Husten, ggfs. Atemnot) oder jeglichen Erkältungssymptomen. | ja [ ]  nein [ ]   |
|  |  |
| Ich bin innerhalb der letzten 14 Tage aus dem Ausland zurückgekehrt. | ja [ ]  nein [ ]   |
|  |  |
| Ich stand in den letzten 14 Tagen in Kontakt zu Rückkehrern aus dem Ausland. | ja [ ]  nein [ ]   |
|  |  |
| Ich hatte in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer anderen Person mit positivem Nachweis des neuartigen Corona-Virus (SARS-CoV-2). | ja [ ]  nein [ ]   |

**Die Teilnahme an der Veranstaltung ist für Sie ausgeschlossen, soweit Sie eine der obigen Erklärungen mit „Ja“ beantworten.**

Aktuelle Informationen, auch über allgemeine Schutzmaßnahmen wie Händehygiene, Abstand halten und Husten-/Nies-Etikette, entnehmen Sie bitte dem zur Veranstaltung ausliegenden **Beiblatt** bzw. finden Sie unter anderem auf der Internetseite des Landkreises Mansfeld-Südharz (https://www.mansfeldsuedharz.de) oder des Robert-Koch-Institutes (https://www.rki.de).

**Hiermit bestätige ich, dass die obigen Erklärungen wahr und richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation haben können.**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum, Unterschrift: | ……………………………………………………………………………………. |

**Datenschutzhinweis:**

Ihre personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen verwendet.