



Teilnehmendenkarte / Erklärung zum Gesundheitszustand

Vorname, Name

Adresse

Kontakt (Telefon, E-Mail)

Datum / Veranstaltung / Ort

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Atemnot, Halsschmerzen, Muskel-/Gliederschmerzen, Durchfall, Störung von Geruchs- und/oder Geschmackssinn) aufweise und in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer an Covid-19 erkrankten / verdächtigen Person hatte.

Ich bestätige weiterhin, die nachfolgenden Infektions- und Hygieneschutzmaßnahmen im Zusammenhang mit der Teilnahme an der oben genannten Veranstaltung zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben.

- 1) Es ist während der Veranstaltung in allen Räumen einschließlich der Sanitärräume ein genereller Mindestabstand zu anderen Personen von 1,5 m einzuhalten.
- 2) Es sind die gekennzeichneten Ein- und Ausgänge, Abstands- und Sitzplatzmarkierungen zu beachten.
- 3) Es sind Verhaltensregeln, d.h. kein Händeschütteln, keine Umarmungen, Einhalten der „Husten- und Niesetikette“, regelmäßiges gründliches Händewaschen oder ggf. Händedesinfektion zu beachten.
- 4) Wenn der Mindestabstand im Rahmen zu vermittelnder Fortbildungsinhalte nicht sicher eingehalten werden kann, muss der Mund-Nasen-Schutz getragen werden.
- 5) Die Teilnehmer verpflichten sich den Anweisungen des Veranstaltungsleiters Folge zu leisten.

Unterschrift Teilnehmende/r