

## Fragebogen Covid-19

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Hast Du Beschwerden?**    **Nein**    **Ja, welche?**

Husten

Halsschmerzen

Muskel-/Gliederschmerzen

Fieber

Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns

Andere \_\_\_\_\_

Ist die Frage mit „Ja“ beantwortet ist das weitere Vorgehen mit dem Lehrgangsteiler abzustimmen.

Bitte achtet auf die gültigen Hygienemaßnahmen.

Wir müssen Dich darauf aufmerksam machen, dass wissentlich oder leichtfertig falsch gemachte Angaben zu zivilrechtlichen Ansprüchen gegen Dich führen können und für Dich auch strafrechtliche Konsequenzen haben können. Wir sind angehalten, in diesem Fall alle rechtlichen Schritte in die Wege zu leiten.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift