

Gesundheitserklärung

Name der Schule	
Vor- und Nachname des/der an der Schule Beschäftigten	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Wohnort	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

- ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte,
- die in meinem Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z. B. Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, erhöhte Temperatur, Husten) aufweisen,
- die Schule umgehend informiert wird, wenn die oben genannten Krankheitsanzeichen auftreten.

Datum	Unterschrift
--------------	---------------------

Hinweis: Auch bei Personen, die beruflich mit Covid-19-Patienten Kontakt haben, kommt es ausschließlich darauf an, dass sie frei von Symptomen der Krankheit Covid-19 sind.