

Covid-19 Gesundheitsfragebogen



PERSÖNLICHE INFORMATIONEN

Vorname / Nachname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	
E-Mail	
Telefonnummer	
Bewerb / Ort	

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

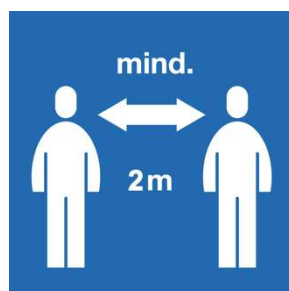
	Nein	Ja
Haben Sie eines der folgenden Symptome in den letzten 14 Tagen gehabt: - Fieber - Brustschmerzen - Kopfschmerzen - Übelkeit / Erbrechen Durchfall		
Haben Sie aktuell eines der folgenden Symptome: - Fieber - Verlust von Geruchs- oder Geschmacksinn - Kopf- oder Gliederschmerzen - Übelkeit / Erbrechen, Durchfall		
Ich bestätige, dass ich einen negativen Covid-19 Test (Antigen oder PCR) absolviert habe und dieser laut Präventionskonzept gültig ist! Ohne negativen Test ist keine Teilnahme an der Veranstaltung möglich!		
Ich wurde bereits positiv auf Covid-19 getestet und bestätige, dass mein positiver Test älter als 14 Tage bis max. 3 Monate ist.		

Datum / Ort:

Unterschrift



Hände waschen!



Abstand halten!



Hände desinfizieren!



Maske tragen!

Die zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten werden vom ÖMGV und dessen COVID-19 Beauftragten streng vertraulich behandelt. Sie wird nur zur Beurteilung verwendet, ob dem Antragsteller im Hinblick auf den Ausbruch von COVID-19 eine Akkreditierung erteilt werden kann oder die Akkreditierung aufrechterhalten wird. Lokale und globale Anforderungen an die öffentliche Gesundheit bestimmen die Dauer der Datenaufbewahren.