

**Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und geben Sie dieses  
anschließend an der Kasse ab!**

Datum Ihres Besuches: \_\_\_\_\_

Zeitraum des Besuches: von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt mit einer mit dem Coronavirus infizierten Person hatte und keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus wie z.B. Geruchs- und Geschmackstörung, Fieber, Husten sowie Halsschmerzen habe.

Unterschrift: \_\_\_\_\_