



Bitte füllen Sie dieses Formular aus und geben es anschließend an der Kasse ab!
Entweder mit Adresse oder Telefonnummer ausfüllen!

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: _____