CHECKLISTE FREMDARBEITER BZW. BESUCHER - COVID-19 MAßNAHMEN

Firma: .....

Name: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: .....

Fragen:

1. Wurde eine Infektion des COVID-19 Virus bei Ihnen oder in Ihrem Haushalt lebenden Personen festgestellt?
   Ja ☐ Nein ☐

2. Hatten Sie Kontakt zu Personen in häuslicher Quarantäne bzw. zu bereits infizierten Personen?
   Ja ☐ Nein ☐

3. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem der zum aktuellen Zeitpunkt bekannt gegebenen Risikogebieten aufgehalten, oder in diesem Zeitraum Kontakt zu Personen, oder Reisenden aus eben diesen Risiokogebieten gehabt?
   Ja ☐ Nein ☐

4. Fühlen Sie sich bzw. eine in diesem Haushalt lebende Person krank, oder haben Sie folgende Symptome?: Fieber, Husten, Kurzatmigkeit/Atembeschwerden
   Ja ☐ Nein ☐

Durchzuführende Arbeiten bzw. Grund des Besuches:

.....

Mögliche Maßnahmen:

.....

Unterschrift Besucher

.....