

# Teilnahmeauskunft zur Sitzung am \_\_\_\_\_

des \_\_\_\_\_

entsprechend § 1 Abs. 5 der sechsten Verordnung über Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-COV-2 in Sachsen-Anhalt

Vor- und Nachname	Anschrift und Telefonnummer

Hiermit gebe ich folgende Erklärungen ab:

Ich leide an erkennbaren Symptomen — einzeln oder in Kombination - einer COVID-19-Erkrankung (Fieber, allgemeine Abgeschlagenheit und Müdigkeit, Husten, ggfs. Atemnot) oder jeglichen Erkältungssymptomen.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ich bin innerhalb der letzten 14 Tage aus dem Ausland zurückgekehrt.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ich stand in den letzten 14 Tagen in Kontakt zu Rückkehrern aus dem Ausland.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ich hatte in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer anderen Person mit positivem Nachweis des neuartigen Corona-Virus (SARS-CoV-2).	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

**Hiermit bestätige ich, dass die obigen Erklärungen wahr und richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation haben können.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift:

### Datenschutzhinweis:

Ihre personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (siehe Beiblatt) verwendet.