

Für Gast: \_\_\_\_\_

**Von Mitarbeiter/in auszufüllen:**

Datum: \_\_\_\_\_

Besuchsbeginn: \_\_\_\_\_

Besuchsende: \_\_\_\_\_

Fallnummer: \_\_\_\_\_

MA-Kürzel: \_\_\_\_\_

**Besucher/in:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

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

Email (*optional*): \_\_\_\_\_

**Bestätigung Test/Impfung/Genesen:**

Ag-Schnelltest <= 24 Stunden

Vollständige Impfung > 14 Tage

PCR-Test <= 48 Stunden

Genesen (pos. PCR-Test zwischen 1 und 6 Monaten alt)

Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome?  ja  nein

Haben Sie derzeit weitergehende Atembeschwerden?  ja  nein

Hatten Sie in den letzten 3 Wochen Kontakt zu Personen, die nachweislich positiv auf das Coronavirus getestet wurden?  ja  nein

Ich habe die Inhalte der Besucherinformation zum Schutz- und Hygienekonzept des PASSAUER WOLF zur Kenntnis genommen und verpflichte mich zu deren konsequenter Einhaltung.

Ich bin mit der Registrierung meiner persönlichen Daten im Sinne der Kontaktpersonennachverfolgung einverstanden.

Ich versichere die Korrektheit und Vollständigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucher/in