

Einverständniserklärung

Hygienemaßnahmen



Kontaktdaten:

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Hiermit bestätige ich, dass ich....

-Gesund bin
- ... In den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu Corona positiven Personen hatte
- ...Bei akutem Corona-Verdacht oder positivem Corona-Test in den nächsten 14 Tage die Praxis ELBE informiere

Datum

Unterschrift