

Erklärung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon-Nummer: _____

Ich habe heute: _____ einen Termin im Gesundheits-
amt Darmstadt-Dieburg zur: _____

Ich werde begleitet von:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon-Nummer: _____

Ich erkläre hiermit, dass ich und meine Begleitperson - in den zurückliegenden 14 Tagen frei von akuten Krankheitszeichen waren und - keinen Kontakt zu einem nachweislich an COVID-19-Erkrankten hatten.

Datum

Unterschrift

Diese Erklärung wird 4 Wochen im Gesundheitsamt ausschließlich zum Zwecke der möglichen Kontaktpersonen-Nachverfolgung aufbewahrt und dann vernichtet.