



SPADENER SEE

Camping- und Ferienpark

Gesundheitscheckliste (gem. Vorgabe Robert-Koch-Institut)

Name: _____

Anreisedatum: _____ Geplantes Abreisedatum: _____

Anwesende Personen: _____

Haben Sie Kenntnis darüber, dass Sie oder eine der mitreisenden Personen grippe-ähnliche Symptome oder erhöhte Körpertemperatur/Fieber oder neu aufgetretene Halsschmerzen/ Halskratzen oder neu aufgetretene akute Kopfschmerzen oder neu aufgetretene Muskel- und Gelenkschmerzen oder neu aufgetretenen Husten oder neu aufgetretene Luftnot hat? **O Ja O Nein**

Haben Sie Kenntnis darüber, dass eine der mitreisenden Personen innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Patienten hatte? **O Ja O Nein**

Trifft **ein** Kriterium zu, dann melden Sie sich bitte umgehend bei Ihrem Hausarzt, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Eine Aufnahme auf dem Campingplatz kann in diesem Fall nicht erfolgen.

Sollte während Ihres Aufenthaltes eines der oben genannten Symptome auftreten, bleiben Sie bitte in Ihrer Unterkunft, informieren Sie telefonisch die Rezeption, kontaktieren Sie telefonisch Ihren Hausarzt oder 116 117 und reisen Sie schnellstmöglich ab.

Stehen Sie derzeit unter Quarantäne? **O Ja O Nein**

Die Aufnahme auf dem Campingplatz kann auch in diesem Fall nicht erfolgen. Bitte begeben Sie sich umgehend an den Ort, der für Ihren Aufenthalt während der Quarantäne angeordnet worden ist.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Ich/Wir haben die Gesundheitscheckliste wahrheitsgemäß ausgefüllt sowie die Verhaltensregeln ausgehändigt bekommen, gelesen und akzeptiert. Ich/Wir sind mit der Aufbewahrung des Dokuments einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____