

**Selbstauskunft COVID-19 für Besucher**

_____	_____
Name, Vorname des Besuchers	Besuchte Person
Persönliche Erreichbarkeit des Besuchers: Firma:	_____
Telefonnummer:	
	Datum und Uhrzeit des Zutritts

Die Sicherheit unserer Mitarbeiter, Lieferantenpartner, Kunden und Besucher ist für uns von größter Bedeutung. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen sowie die standortbezogenen Abstands- und Hygienevorgaben unbedingt einzuhalten. Vielen Dank!

Sofern Sie eine oder mehrere der Fragen 1 – 4 mit „**JA**“ und die Frage 5 mit „**NEIN**“ beantwortet haben, können wir Ihnen zum gegenwärtigen Zeitpunkt den Zutritt leider nicht gestatten. Dies trifft ebenfalls dann zu, wenn Sie die Fragen 1 – 5 nicht vollständig beantworten oder bei Aufenthalten von länger als 48 Stunden einem Schnelltest nicht zustimmen.

- |   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 Haben Sie aktuell Symptome, die auf eine COVID-19 Infektion hinweisen (Fieber, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksstörungen, Atembeschwerden / Atemnot, etc.)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Hatten Sie in den letzten 14 Tagen nach Ihrer Kenntnis Kontakt (Face-to-Face, länger als 15 Minuten, Abstand < 1,5 Meter) zu einer Person, die nachweislich positiv auf COVID-19 getestet oder in Quarantäne gestellt wurde?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Wurden Sie oder eine Ihnen bekannte Person aus Ihrem näheren Umfeld in den letzten 14 Tagen aufgrund einer behördlichen Anweisung unter Quarantäne gestellt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem der vom Robert-Koch-Institut benannten ausländischen Risikogebiete und sind deshalb zur noch Quarantäne verpflichtet?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Ich stimme dem Einsatz eines thermografischen Fieberscans an meiner Person zu.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Ich plane einen Aufenthalt von länger als 48 Stunden am Standort und verfüge über einen negativen COVID-19 Testnachweis, der nicht älter als 48 Stunden ist. Alternativ stimme ich der Durchführung eines COVID-Schnelltests (Antigen-Test) durch qualifiziertes Personal zu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Durch meine Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

Hinweis: Wenn Sie planen, an aufeinander folgenden Tagen vor Ort zu sein, informieren Sie bitte sofort Ihren Dürr-Gastgeber, wenn sich Ihre Antworten ändern. Die auf diesem Formular gesammelten Informationen werden verwendet, um Ihre Zugangsberechtigung zu den Dürr-Einrichtungen zu bestimmen. Die Daten werden nicht automatisiert verarbeitet oder gespeichert. Diese Unterlage wird nach Ablauf einer Frist von 14 Tagen vernichtet.