

## Fragebogen zur Reduzierung des Risikos von Infektionskrankheiten

Zum Schutz unserer Gäste und Mitarbeiter haben wir ein umfangreiches Hygiene- und Sicherheitsprogramm realisiert, über das Sie sich hier informieren können: <https://www.diana-oberstaufen.de/Hygiene>  
 Damit sich alle Gäste und Mitarbeiter sicher fühlen können, bitte wir auch Sie, Ihren Beitrag dazu zu leisten. Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen am Anreisetag aus und legen ihn beim Check-in vor.

Ihre Adresse:

.....  
 Vorname

.....  
 Name

.....  
 Straße

.....  
 PLZ/Ort

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten?  Ja  Nein
2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, bei der ein Corona-Verdacht besteht?  Ja  Nein
3. Hatten Sie in den letzten 4 Tagen folgende Symptome?

Die Frage bezieht sich auf akut aufgetretene oder verstärkte Symptome und schließt chronische Beschwerden und saisonale bzw. allergische Beschwerden aus. Sollten Sie eine chronische Erkrankung haben, vergleichen Sie für die Beantwortung der Frage Ihre derzeitigen mit Ihren bisherigen Beschwerden.

Fieber (über 38 Grad)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fühlte mich schlapp oder abgeschlagen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Geschmacks- und/oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anhaltender Husten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schnupfen (kein allergischer oder chronischer Schnupfen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

4. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in Ihrem gewöhnlichen häuslichen Wohnumfeld aufgehalten?  Ja  Nein
5. Waren Sie in den letzten 14 Tagen vereist?  Ja  Nein  
 Wenn ja, wo .....
6. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen uneingeschränkt an die von der Regierung vorgegebene Kontaktverbots-Verordnung gehalten und werden es weiterhin tun?  Ja  Nein  
<https://www.verkuendung-bayern.de/files/baymb1/2020/205/baymb1-2020-205.pdf>
7. Gab es besondere Vorkommnisse / Anmerkungen auch vor dieser Zeit?

.....  
 .....

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_