

## **Erklärung Symptomfrei zur Belehrung nach dem Infektionsschutzgesetz**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Erklärung:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich zur Zeit weder grippeähnliche Symptome, wie z.B.: Fieber, Atembeschwerden, Husten, Entzündungen im Hals, etc. aufweise, noch an einer Atemwegsinfektion leide.

Datum:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_  
(aktuell am Untersuchungstag auszustellen)

\_\_\_\_\_