

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Mind. 15 Minuten engen Kontakt mit einer infizierten Person gestanden habe.

Mit einer infizierten Person in einem Haushalt lebe.

Mit einer infizierten Person über 30 Min. in einem beengten Raum war.

Eine Corona-positive Person betreue oder von ihr betreut werde.

Mein Corona-App eine rote Warnung (Risikobegegnung) anzeigt.

Ort, Datum

Unterschrift