

Gesundheitsbestätigung Schule

Name der Schule	
Name, Vorname des Mitarbeiters	
Geburtsdatum	
angestellt	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

- ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte,
- ich, sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z. B. Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, erhöhte Temperatur, Husten) aufweisen,
- die Schule umgehend informiert wird, wenn Krankheitszeichen auftreten,
- ich bei Auftreten von Krankheitszeichen während der Arbeitszeit umgehend den Arbeitsplatz verlassen muss.

Datum	Unterschrift

Hinweis: Auch bei Personen, die beruflich mit Covid-19-Patienten Kontakt haben, kommt es ausschließlich darauf an, dass sie frei von Symptomen der Krankheit Covid-19 sind.