

Selbsterklärations-Erklärung zu COVID-19

Mit meiner Unterschrift bestätige ich/vertretende Person insieme Cerebral Graubünden, dass weder bei mir noch in meiner nächsten Umgebung in den 10 Tagen **unmittelbar vor Abreise / vor dem Anlass** COVID-19-Symptome aufgetreten sind:

- Fieber
- Husten (meist trocken)
- Halsschmerzen
- Kurzatmigkeit
- Brustschmerzen
- Allgemeines Krankheitsgefühl (Kopfschmerzen, Unwohlsein, allgemeine Schwäche, Schnupfen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen)
- Plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns
- Hautausschläge

Anlass / Ferien _____

Name/Vorname _____

Unterschrift _____

Ort/Datum _____

Weiter bestätige ich, die geltenden Verhaltens- und Hygieneregeln des BAG sowie die spezifischen Anweisungen von insieme Cerebral Graubünden einzuhalten. Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und sie richtig und vollständig sind.

Wir bitten Sie, dieses ausgefüllte Formular am Tag des Anlasses bzw. der Abreise zu unterzeichnen und unserer Leitung zu übergeben. Besten Dank.

Sollte das **Formular vor Beginn des Anlasses / der Abreise nicht vorhanden sein, so kann der Gast / der Betreuende nicht daran teilnehmen.**