

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** 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

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.

Ferien in:

Name/Vorname

Unterschrift

Ort/Datum

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

Sollte das **Formular bei Abreise nicht vorhanden sein, so kann der Gast / der Betreuende nicht daran teilnehmen.**