



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

Gäste / Besucher / Handwerker

Grund: _____

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Anlässlich der COVID-19-Pandemie bitten wir Sie mit Ihrer Unterschrift auf diesem Formblatt zu bestätigen, dass

- Sie in den letzten 14 Tagen nicht positiv auf das neuartige Corona-Virus getestet worden sind;
- bei Ihnen keine Erkrankungssymptome von COVID-19 (z.B. Husten, Fieber, Schnupfen, Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns) oder grippeähnliche Symptome bestehen;
- Sie, soweit es Ihnen bekannt ist, innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt mit einer Person hatten, die an COVID-19 erkrankt ist oder die vom Gesundheitsamt als Kontaktperson eingestuft worden ist und der häusliche Quarantäne/ häusliche Isolierung angeordnet oder empfohlen wurde;
 - **hiervon ausgenommen** sind Angehörige von Gesundheitsberufen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit Patientinnen und Patienten unter Einhaltung der Schutzmaßnahmen betreut bzw. behandelt haben.
- Sie, soweit es Ihnen bekannt ist, innerhalb der letzten 14 Tage keinen direkten Kontakt mit einem an COVID-19 Erkrankten hatten;
 - **hiervon ausgenommen** sind Angehörige von Gesundheitsberufen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit Patientinnen und Patienten unter Einhaltung der Schutzmaßnahmen betreut bzw. behandelt haben

Bitte haben Sie Verständnis, dass Sie aus Infektionsschutzgründen während der Corona-Pandemie ohne die oben stehenden Bestätigungen sich nicht in den Räumlichkeiten der Ärztekammer Berlin aufhalten dürfen. Vielen Dank!

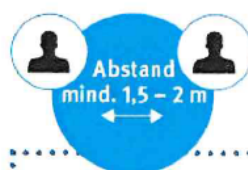
Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Institution/Firma: _____

Datum, Unterschrift

Grundsätzlich gilt:



Halten Sie zu anderen Personen mindestens 1,5 – 2 Meter Abstand.



Husten oder niesen Sie in die Armbeuge und bedecken Sie dabei Ihren Mund und Ihre Nase.



Waschen Sie Ihre Hände regelmäßig und gründlich mit Seife und Wasser.