

Haus Sandersfeld

Kontaktdatenerfassung Datum _____

1. Person

(Vorname, Name) ^

(Geburtsdatum)

(Straße – Hausnummer)

(PLZ/ Ort)

(Telefonnummer)

(Datum + Uhrzeit Check In)

Geimpft (Zweitimpfung mindestens vor 14 Tagen)

(Unterschrift)

Genesen (Nicht länger als 6 Monate seit Infektion)

(Unterschrift)

Getestet (PCR oder Antigen-Test max. 24 Std alt)

(Unterschrift)

2. Person

(Vorname, Name) ^

(Geburtsdatum)

(Straße – Hausnummer)

(PLZ/ Ort)

(Telefonnummer)

(Datum + Uhrzeit Check In)

Geimpft (Zweitimpfung mindestens vor 14 Tagen)

(Unterschrift)

Genesen (Nicht länger als 6 Monate seit Infektion)

(Unterschrift)

Getestet (PCR oder Antigen-Test max. 24 Std alt)
