



COVID-19 Fragebogen für Besucher

Zum Zwecke des Gesundheitsschutzes aller Mitarbeiter und Besucher wird keiner Person, die im Verdacht steht mit COVID-19 infiziert zu sein, Zutritt zu Wintershall Dea Geschäftsgebäuden gewährt. Alle Wintershall Dea Geschäftsgebäude müssen bis auf Weiteres nicht geschäftsbedingte Besucher meiden.

Dieser Fragebogen muss von allen Besuchern vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt und unterschrieben werden, um Zugang gewährt zu bekommen.

Falls der Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt wurde oder wenn eine der Fragen 1-3 mit „JA“ beantwortet wurde oder wenn der Besucher in einem Risikoland war, muss der Zugang verweigert werden.

Besucher-Information*:

| | | | |
|-----------------|--|----------|--|
| Nachname: | | Vorname: | |
| Telefonnummer: | | Email: | |
| Firma: | | Standort | |
| Eingeladen von: | | | |

**Wir werden Sie telefonisch und per Email kontaktieren, falls bei einer Person, mit der Sie in engem Kontakt in unsere Geschäftsgebäuden standen, innerhalb der nächsten 14 Tage eine COVID-19 Infektion bestätigt wird.*

COVID-19-bezogene Fragen:

| Nr. | Frage | JA | NEIN |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Ist Ihr Besuch nicht geschäftsrelevant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Haben Sie aktuell oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber (≥38°C) und eine akute Atemwegsinfektion mit mindestens einem der folgenden Symptome: Atemnot, Husten, Halsschmerzen oder Verlust des Geschmacks- und Geruchssinns? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Hatten Sie in den letzten 14 Tagen mit einer bestätigten COVID-19-infizierten Person Kontakt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem anderen Land? <u>Wenn ja, prüfen Sie bitte mit der Rezeption oder Ihrem Gastgeber, ob Sie in einem definierten Risikoland waren. Falls dies der Fall ist, muss der Zugang verweigert werden.</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum und Unterschrift des Besuchers: _____

Genehmigungs-Box (von Wintershall Dea Seite auszufüllen)

| |
|--|
| <p>Zutritt wurde gewährt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Datum und Unterschrift der Rezeption oder des einladenden Ansprechpartners:</p> |
|--|