

Atemschutzausbildung

Stadt Amberg Landkreis Amberg-Regen

Eigenerklärung

Name: _____ Telefon –Nr.: _____

Feuerwehr: _____

Atemschutzübung am: _____ Uhrzeit Beginn: _____

Symptome:

Fieber > 38,5°C _____ ja _____ nein

Husten _____ ja _____ nein

Atemnot _____ ja _____ nein

Durchfall _____ ja _____ nein

Geruchs-/Geschmacksstörungen _____ ja _____ nein

Kontakt mit COVID-positiven Patienten (< 14 Tagen) _____ ja _____ nein

Selbst positiv auf COVID-19 getestet _____ ja _____ nein

G 26.3 gültig bis: _____

Amberg, den . . 2020

Unterschrift Teilnehmer

Atemschutzausbilder kontrolliert:

Unterschrift