

## Sehr geehrte Campingfreunde, liebe Gäste,

aus aktuellem Anlass möchten wir Sie bitten, uns vor Ihrem Aufenthalt auf unserem Campingplatz, einige Informationen zu Ihrem gesundheitlichen Zustand zukommen zu lassen. Für Ihre eigene Sicherheit und den Schutz Ihrer Mitmenschen ist beim Betreten des Campingplatzes eine Bestätigung der Symptommfreiheit bezüglich Anzeichen, die auf eine Corona-Infektion hindeuten, zwingend notwendig.

Wir bitten Sie, während Ihres gesamten Aufenthalts die Verhaltensregeln zu befolgen. Sollten die genannten Regeln nicht befolgt werden, sind wir von der Regierung angehalten alle Möglichkeiten einer vorzeitigen Aufenthaltsbeendigung konsequent Gebrauch zu machen. Dies würden wir sehr bedauern!

Bitte füllen Sie folgende Checkliste aus:

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Haben Sie Fieber, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Husten, Luftnot oder Geschmackslosigkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hatten Sie oder in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten Covid-19-Patienten?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Stehen Sie derzeit unter Quarantäne?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Trifft eines dieser Kriterien zu, wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Eine Aufnahme auf unserem Campingplatz kann in diesem Fall nicht erfolgen. Sollte während Ihres Aufenthaltes eines der oben genannten Symptome auftreten, bleiben Sie bitte in Ihrer Unterkunft und informieren Sie telefonisch umgehend die Campingplatzverwaltung und befolgen Sie deren Anweisungen.

## Meldebescheinigung

Bitte halten Sie ein amtliches Dokument zur Überprüfung der angegebenen Daten bereit!

Stellplatz-Nr. \_\_\_\_\_ Datum Anreise: \_\_\_\_\_ Datum Abreise: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Kfz-Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Letzter COVID 19 Test vom \_\_\_\_\_

Ich bin geimpft:  Ja

Ich bin genesen:  Ja

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und die Kenntnisnahme der Verhaltensregeln. Im Falle wahrheitswidriger Angaben behalten wir uns vor, Schadensersatzansprüche geltend zu machen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift