**Coronavirus-COVID 19-Selbstauskunft und Nachweis über Test, Impfung oder Genesung**

Name des Mitglieds: …..

Mitgliedsnummer: …….

**Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift,**

dass ich aktuell keine Symptome der Krankheit Covid-19, wie z. B. Fieber, Atemnot, Geschmacksverlust aufweise.

--------------------------------------------- ---------------------------------------

Ort, Datum Unterschrift Mitglied

**Dem Studio wurde folgender Nachweis vorgelegt:**

* Negativer Antigen-Schnelltest (max. …\*.. Stunden alt)
* Negativer PCR-Test (max. …\*..Stunden alt)
* Impfpass (Impfung mit in EU zugelassenem Impfstoff, letzte erforderliche Einzelimpfung vor mind.14 Tagen)
* Genesenennachweis (Positiver PCR-Test, mind. 28 Tage alt, max. 6 Monate alt)

-------------------------------------------- ----------------------------------------

Ort, Datum Unterschrift Studio

\*Bitte Stundenzahl laut individuell geltender Verordnung eintragen