

COVID-19 Erklärung

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum und Geburtsort: _____

Hiermit erkläre ich, dass

- Ich in den letzten 14 Tagen wissentlich keinen Kontakt zu einer Person mit einer vermuteten oder bestätigten Sars-Covid-19-Infektion hatte.
- Ich in den letzten 14 Tagen nicht im Ausland (ausgenommen EU) gewesen bin.
- Ich aktuell keine der folgenden Symptome aufweise: Fieber, allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- oder Gliederschmerzen, Husten, Atemnot, Geschmacks- und/oder Riechstörungen, Halsschmerzen, Schnupfen, Durchfall.
- Ich die allgemeinen Informationen zu den persönlichen Hygienemaßnahmen während der COVID-19 Pandemie zur Kenntnis genommen habe und mich an die aufgestellten Regeln halten werde.
- Ich freiwillig an den Blockpraktika teilnehme.

Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift
