



Fragebogen zur Selbstauskunft und Kursausweis

Sehr geehrte Studierende,

um Ihnen während der Covid-19 Pandemie einen Unterricht im Universitätsklinikum mit Patientenkontakt zu ermöglichen und gleichzeitig das Infektionsrisiko für Sie, unsere Patienten und -innen und unsere Mitarbeiter/-innen so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie folgenden Fragebogen **max. 24 h vor jedem Kurstag** wahrheitsgemäß auszufüllen und unterschrieben mitzubringen. Vor Ort wird er bezüglich der Informationen über den Aufenthalt von Ihnen vervollständigt.

Dieser Fragebogen ist personalisiert, nicht übertragbar und verbleibt nach dem Kurs beim/bei der Kursleiter/-in! Bitte bringen Sie zum Kurs Ihren Studierenden- oder Personalausweis mit.

Name, Vorname:		Station:	
E-Mail-Adresse:		Telefon:	Pat. – Name: <small>(Bitte Name u. Geburtsdatum auf der Rückseite notieren oder Pat.-Kleber verwenden!)</small>
Datum des Kurses:		Dozent*in:	
Beginn:		Ende:	
Haben Sie in den vergangenen 14 Tagen folgende Symptome bei sich festgestellt?			Ja Nein
Fieber (über 38°C)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schüttelfrost			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Husten			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schnupfen			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Neu aufgetretene Geruchs- und oder Geschmacksstörungen			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Neu aufgetretene Gelenk- oder Gliederschmerzen			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durchfall in den letzten 6 Tagen			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlichen Kontakt zu einer Person, bei der das neuartige Corona-Virus (COVID-19) nachgewiesen wurde?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlichen Kontakt zu einer Person, bei der ein Verdacht auf das Corona-Virus (COVID-19)?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten 14 Tagen im In- oder Ausland verreist?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Falls „Ja“, was war das Reiseziel? _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen durch das Gesundheitsamt oder auf eigenes Verlangen ein Test auf das neuartige Corona-virus (COVID-19) durchgeführt?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Falls „Ja“, Ergebnis des Tests:		positiv:	negativ: Datum:

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben wahr und richtig sind.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Der ausgefüllte Bogen wird nach den geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften aufbewahrt und nach Ablauf von vier Wochen nach dem Semester vollständig datenschutzkonform vernichtet. Die Daten können im Bedarfsfall der zuständigen Behörde auf Verlangen zur Verfügung gestellt werden.