



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 nach den Vorgaben von § 5 Abs. 1 der Verordnung zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronaschutzverordnung – CoronaSchVO) 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. **Ohne die ordnungs- und wahrheitsgemäß ausgefüllte Selbstauskunft dürfen Sie an den Unterrichtsveranstaltungen mit Patientenkontakt nicht teilnehmen.**

Dieser Fragebogen ist personalisiert, nicht übertragbar und verbleibt nach dem Kurs bei der/dem 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"/>
Haben Sie sich zu irgendeinem Zeitpunkt in den letzten 14 Tagen in einem Staat oder in einer Region aufgehalten, die vom Robert-Koch-Institut als sog. Risikogebiet (Liste im Internet abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html, zuletzt abgerufen am 22.09.2020) ausgewiesen ist?			<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 jeweiligen Kurstag vollständig datenschutzkonform vernichtet. Die Daten können im Bedarfsfall der zuständigen Behörde auf Verlangen zur Verfügung gestellt werden.