

Erhebungsbogen COVID-19

Veranstaltung:

Raum/Hörsaal:

Name, Vorname:

Matrikelnr.:

Telefonnr.:

E-Mail:

Adresse: *(aktuell erreichbar)*

Straße, Hausnr.:

PLZ: Ort:

Hiermit bestätige ich, dass ich mich in den letzten 14 Tagen in keinem der aktuell vom Robert-Koch-Institut als Risikogebiet eingestuften Regionen aufgehalten habe und mir ist nicht bekannt, dass ich persönlichen Kontakt zu einer mit dem Coronavirus (COVID-19) infizierten Person hatte. Ich leide nicht an einer Atemwegserkrankung und habe kein Fieber.

Zudem gestatte ich die Verwendung der von mir angegebenen Daten zur Kontaktaufnahme, sollte sich eine der anwesenden Personen als infiziert herausstellen. Diese Daten werden ausschließlich für diesen Zweck verwendet und werden acht Wochen nach der Erhebung vernichtet.

Ich bestätige, dass ich mich an die Hygieneregeln halten werde.

Datum: _____ Unterschrift: _____