

Bestätigung der Symptom- und Quarantänefreiheit
für externe Personen anlässlich eines
Besuchs am Universitätsklinikum Frankfurt

Angaben zur Veranstaltung / zum Besuch:

Veranstaltung:		
Datum:	Uhrzeit (Start):	Uhrzeit (Ende):
Organisator(en):		

Angaben zur teilnehmenden Person:

Name, Vorname:	Telefon-Nr.:	
Anschrift:		

Fragen zur Risikoabschätzung:

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen ...

... Fieber oder Schüttelfrost?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... neu aufgetretenen Husten oder neu aufgetretenen Luftnot?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Allgemeinsymptome, wie Abgeschlagenheit, Leistungsverlust, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen (soweit nicht durch Vorerkrankungen erklärbar)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... einen Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... einen Aufenthalt in einem vom RKI definierten Virusvariantengebiet? QR-Code zur Liste der Risikogebiete:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



Informationen zu den einzuhaltenden personenbezogenen Infektionsschutzmaßnahmen:

- Abstand halten (mindestens 1,5 m)
- Verpflichtung zum Tragen mind. eines chir. MNS/ FFP2-Maske (wird zur Verfügung gestellt)
- Beachtung der Husten- und Nies-Etikette
- Beachtung der Händehygiene (häufiges Händewaschen; Desinfizieren der Hände)
- Verzicht auf Händeschütteln, Verzicht auf soziale Kontakte (z. B. beim Essen)
- Kein Austausch / keine Weitergabe von Gegenständen zwischen Personen

Hiermit versichere ich,

- dass oben gemachte Angaben der Wahrheit entsprechen,
- dass ich gemäß RKI Kriterien als vollständig geimpft bzw. genesen (< 6 Monate) gelte,
- dass ich oben genannte personenbezogenen Maßnahmen zum Infektionsschutz einhalten werde
- die 2G (interne Mitarbeiter) bzw. 2G+-Anforderung (ext. Personen) zu erfüllen und
- dass ich nicht einer amtlichen Quarantäne unterliege.

Ich habe zur Kenntnis genommen,

- dass ich, falls ich innerhalb der nächsten 7 Tage nach dem Vor-Ort-Termin am Universitätsklinikum Frankfurt an einer Coronavirusinfektion erkranken sollte, sie sofort informieren sollte,
- dass mir vom Besuch des Universitätsklinikums abgeraten wird, wenn ich zu einer vom Robert Koch-Institut beschriebenen Risikogruppe für einen schweren Krankheitsverlauf bei COVID-19 gehöre,
- dass bei gemeinsamer bzw. alternierender Nutzung von Arbeitsmitteln, Tischen, Stühlen ein Restrisiko einer Kontaktinfektion besteht.

Mein Besuch am Universitätsklinikum ist in Kenntnis des möglichen Risikos für meine Gesundheit freiwillig.

Datum, Unterschrift:

Hinweis: Sollten Sie aktuell unter akuten Allgemeinsymptomen leiden, die mit einer respiratorischen Erkrankung gleichgesetzt werden könnten

Ausgedruckte Dokumente sind vor Verwendung auf Aktualität zu prüfen!
ID: 279381 D. Klarmann, H. Beschmann, D. Hück, Prof. Kempf 14.01.2022