

## Erhebungsbogen COVID-19

Veranstaltung: \_\_\_\_\_

Raum/Hörsaal: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Matrikelnr.: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Adresse: (*aktuell erreichbar*)

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Ich versichere, in den letzten 14 Tagen keinen persönlichen Kontakt zu einer positiv auf COVID-19 getesteten Person gehabt zu haben und auch keine Symptome einer Atemwegserkrankung oder sonstige mit COVID-19 vereinbare Symptome (Fieber, Husten...) zu haben.

Des Weiteren versichere ich, die Fragen wahrheitsgemäß beantwortete zu haben. Sollten sich Änderungen ergeben, werde ich diese umgehend mitteilen. Ich bestätige, dass ich mich an die Hygieneregeln halten werde.

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 vier Wochen nach der Erhebung vernichtet.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_