



Persönliche Gesundheitserklärung

I. Persönliche Daten

Name: _____ Telefonnummer: _____

Prüfungsniveau: _____ Prüfungsdatum: _____

Notfallkontakt (bei Minderjährigen Handyummer eines Erziehungsberechtigten): _____

Personalausweisnummer: _____

Aktuelle Wohnadresse: _____

II. Epidemiologische Geschichte

Hatten sie Krankheitssymptome in den 14 Tage vor der Prüfung? (Zeichnen Sie mit √)

1. Waren Sie in Gebieten mit hohem und/ oder mittlerem Infektionsrisiko?

Ja Nein

2. Hatten Sie Kontakte mit Fieberfällen aus Gebieten mit hohem und/ oder mittlerem Infektionsrisiko?

Ja Nein



3. Gibt es in Ihrer Umgebung (einschließlich ihres Wohnbezirkes) eine oder mehrere Personen, die Fieber, Husten und andere Symptome oder Kontakte mit bestätigten Corona-Fälle hatten oder haben?

Ja Nein

Wenn ja, notieren Sie bitte hier die Adresse(n).

III. Gesundheitszustand der Familie oder Mitbewohner*innen 14 Tage vor der Prüfung

1. Gibt oder gab es in ihrer Familie und/ oder unter Ihren Mitbewohner*innen Fieber- oder Hustensymptome?

Ja Nein

2. Wenn ja, notieren Sie bitte hier den Namen der Person(en), Beziehung mit Ihnen und Diagnose:

3. Temperatur der Prüfungsteilnehmer*in am Tag der Prüfung:



Ich garantiere,

1. dass ich kein bestätigter oder verdächtiger Infektionsfall mit Sars Cov-2 bin.
2. dass ich keine engen Kontakte mit bestätigten oder verdächtigen Fällen habe oder hatte.
3. dass ich nicht in Quarantäne war oder unter medizinischer Beobachtung stand.
4. dass ich nicht unter Fieber, Husten, Kraftlosigkeit, Atemproblem in der Brust leide.
5. dass ich mich die 14 Tage vor der Prüfung in Regionen mit niedrigem Infektionsrisiko aufgehalten habe, bzw. dass ich bei Anreise aus Regionen mit mittlerem Infektionsrisiko in den 7 Tagen vor der Prüfung einen negativen Nukleinsäure-Test vorlegen konnte oder 14 Tage medizinische Beobachtung und einen anschließenden negativen Nukleinsäure-Test vorweisen konnte.



Ich trage für die Richtigkeit der oben genannten Informationen die Verantwortung. Bei durch unwahre Informationen verursachter Ausbreitung von Sars Cov-2 bin ich bereit alle daraus resultierenden rechtlichen Verpflichtungen zu tragen.

Unterschrift Prüfungsteilnehmer*in:

Datum: