

## Selbstauskunft / Gesundheitsstatus von Teilnehmern/innen an Veranstaltungen in der Bundesfachschule für Orthopädie-Technik

**Achtung: ohne diese Selbstauskunft ist eine Teilnahme an der Veranstaltung NICHT möglich.**

Vorname/Name des Teilnehmers: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,  
um das Gesundheitsrisiko aller unserer Teilnehmer/innen so gering wie möglich zu halten  
und um über eine Infektionsgefährdung durch COVID-19 im Zusammenhang mit dem Besuch  
in der Bundesfachschule schnellstmöglich informieren zu können, benötigen wir folgende  
ergänzende Angaben von Ihnen.

1. Fühlen Sie sich körperlich gesund? ja ( ) nein ( )

Wenn nein, warum nicht? \_\_\_\_\_

2. Haben Sie grippeähnlichen Symptome wie Abgeschlagenheit, Fieber oder erhöhte  
Körpertemperatur? ja ( ) nein ( )

3. Haben Sie Husten	ja ( )	nein ( )
Schnupfen	ja ( )	nein ( )
Heiserkeit	ja ( )	nein ( )
Atemnot	ja ( )	nein ( )

4. Liegen andere körperlichen Erkrankungen vor, die das Risiko Coronainfektion erhöhen?  
ja ( ) nein ( )

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

5. Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tagen im Ausland oder hatten Sie Kontakt zu  
Menschen, die dort waren? ja ( ) nein ( )

Wenn ja, wo waren Sie oder Ihre Kontaktperson/en? \_\_\_\_\_

6. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen bewussten Kontakt mit einer an der Coronainfektion  
erkrankten Person? ja ( ) nein ( )

7. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person/Personen, die sich wegen  
eines Verdachtes auf Coronainfektion in Quarantäne befanden oder noch befinden?  
ja ( ) nein ( )

Ich versichere die wahrheitsgemäße Beantwortung dieser Fragen und bin mir möglicher  
rechtlicher Folgen einer nicht wahrheitsgemäßen Beantwortung der Fragen bewusst.

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

Diese erhobenen Daten werden nicht elektronisch gespeichert und nach einem Monat wird  
das vorliegende Formular vernichtet.