

Checkliste für Institutsbesuch der Studierenden

Name (Student/in)	
Adresse (in Budapest: Straße, Hausnummer)	
Telefonnummer	
Email-Adresse	
Geburtsdatum: Jahr, Monat, Tag	
Fakultät/Jahrgang/Gruppe	
Treten bei Ihnen folgende Symptome auf?	
Hustenja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Atemnot, Kurzatmigkeit.....ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fieber.....ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schüttelfrost.....ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen.....ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Halsschmerzenja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Neu entwickelte Geschmacks- oder Geruchsstörung.....ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Erbrechen, Durchfall.....ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie in den 14 Tagen vor dem Auftreten der Symptome engen Kontakt zu einem möglichen oder bestätigten Coronavirus-Erkrankten gehabt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage freiwillige Arbeit (Hilfsdienst) <u>außerhalb</u> der Semmelweis Uni (Krankenhaus, Pflegeheim) gemacht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bitte markieren Sie die für Sie zutreffende Erklärung!	
A) Ich blieb während der gesamten Dauer des epidemiologischen Notfalls in Ungarn oder bin seit mindestens 14 Tage in Ungarn <input type="checkbox"/> oder B) Ich habe einen negativen SARS-CoV-2-PCR-Befund, den ich (auf Papier) beim Eintritt präsentiere. <input type="checkbox"/>	
Ich bin mir meiner strafrechtlichen Verantwortung bewusst und erkläre, dass die Daten korrekt sind. Ich erkenne die Regeln der Universität für den Besuch von Einrichtungen an (Tragen einer Gesichtsmaske, Sicherheitsabstand und Einhaltung der Hygienevorschriften) und akzeptiere sie als für mich verbindlich.	
Datum: Budapest, 2020. Unterschrift (Student/in)